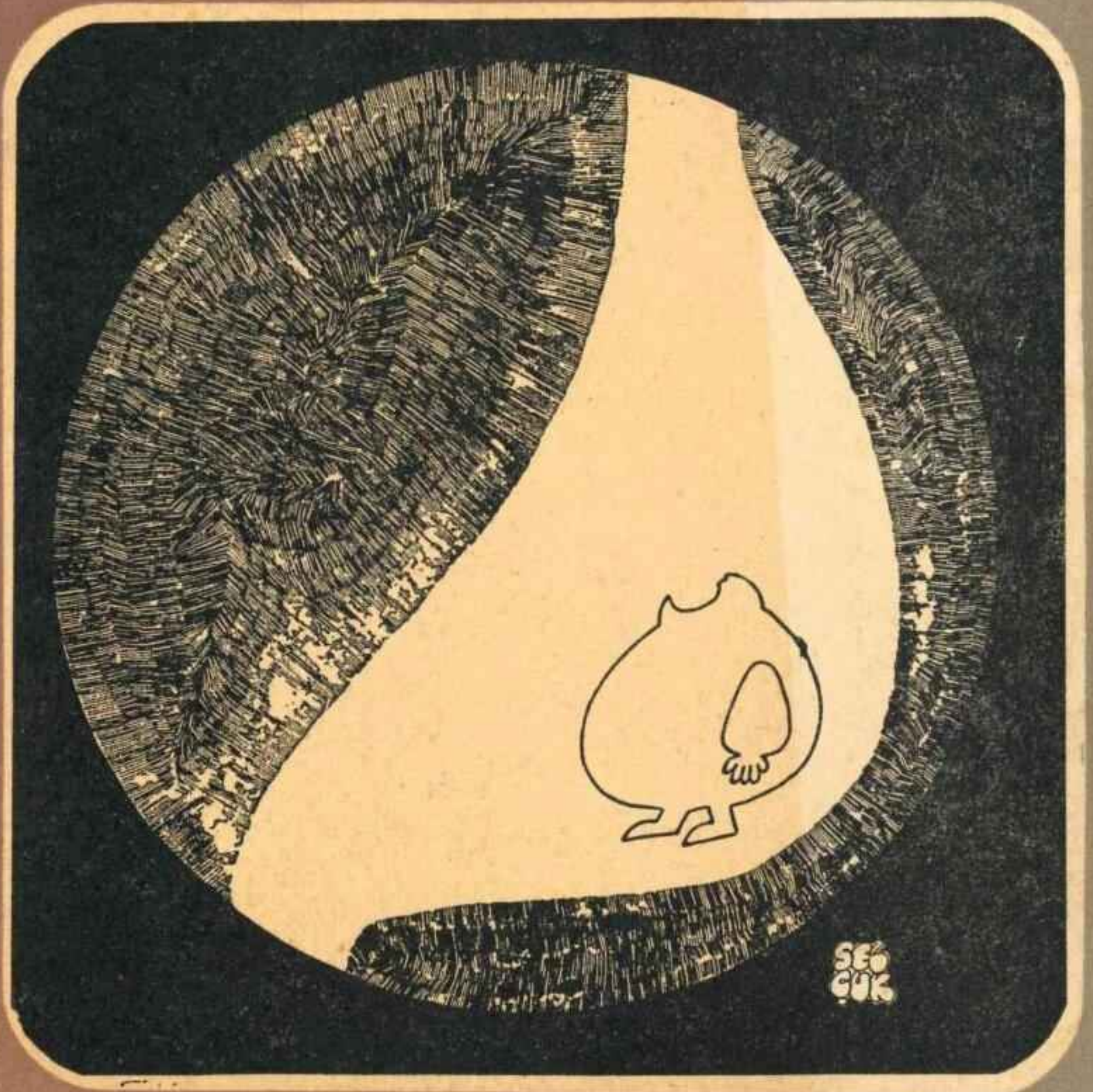


ANKARA
VE
İZMİR

TOB

Dr. M. Levent ÖZSES
Ortodonti Uzmanı
Uz.Tescil No: 93689

TABİP ODALARI BÜLTENİ



SE
GÜK

İÇİNDEKİLER

Söyleşi	4
Haberler	5
Trafik Haftasının ardından	9
Dr. Turhan Temuçin	12
Dr. İhsan Ünlüer	14
Sağlık Personelinin Birliği (Hasan Fehmi Mavi) ..	15
Genel Sağlık Sigortası ve Tıp Fakülteleri (Dr. Atıf Uğurlu)	17
/Geri Kalmış Ülkelerde beslenme (Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu)	19
Ülkemizde Beslenme sorunu (İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu)	33
Ülkemiz Çocuklarında Beslenme Sorunu (Prof. Dr. Sabiha Özgür)	42
Yüksek Öğrenim Gençliğinin Beslenme Sorunu (İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu)	46
İş Kazaları ve İş Güvenliği (Dr. Ahmet Çelikkol)	52
Sosyalizasyon Nedir, Niçin Başarısızdır? (Dr. Recep Akdur)	62
Şili'de Sağlık Hizmeti ve Sosyalizm	78
Köy Ebelerinin Eğitim Sorunları (Dr. Zafer Öztekin)	91

TOB

Türk Tabipler Birliği
Ankara ve İzmir Tabip
Odaları Aylık Yayın
Organı

Sahibi :

Ankara Tabip Odası Başkanı
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

Yazı İşleri Müdürü :
Dr. Orhan AYBERS

Teknik Düzenleme :
Cevdet DURANOĞLU

Yazı Kurulu :

(Ankara Tabip Odası'ndan)
Dr. Handi ÖĞÜŞ, Dr. Bülent
KAVAKLI, Dr. Orhan AYBERS

(İzmir Tabip Odası'ndan)
Dr. Mustafa ULUSOY, Dr. Erkan
SEVİNÇ, Dr. Soniz EVREN

Yönetim Yer' :

Hanımeli Sok. 16/2

Sıhhiye/ANKARA

Tlf : 29 55 70

Kapak ve iç baskı :

HALKEVLERİ KÜLTÜR VAKFI BASIMEVİ

Tel : 18 81 03

Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL.
Öğrenciler için Yıllık Abone 60 TL.
Dış ülkelere 12 \$ (Normal Posta)
Yayınlanan yazılardaki görüş ve
düşünceler yazarlarına aittir. O-
dalarımızı ve TOB'u bağlamaz.

İlan Tarifesi :

Kapaklar 1500 TL.

ç tam sayfa 1000 TL.

İç yarım sayfa 750 TL.

Beslenme Özel Sayısı

TOB'un bu sayısı Haziran — Temmuz olarak, başka bir deyişle 'iki sayı' birarada yayınlandı. Sayfalarımız bu nedenle arttı.

Aylık bir yayının, hele çıkışından beri her ay okuyucularının eline ulaşma alışkanlığını kazanmış bir yayının, birdenbire iki ayda bir yayınlanması, basın alanında «sonun başlangıcı» olarak kabul edilir. Bu tip aylık dergilerin, yayınının aksamasından sonra, ikinci olarak başlarına gelen şey, «yayınına bir süre için ara verdiğini» açıklamak olur. Adı geçen «süre»nin sonu pekçok dergide sonsuza kadar sürer ve o dergi ortadan kaybolur.

Nevar ki TOB'un başına gelen, Haziran — Temmuz sayılarının birarada yayınlanmasına yolaçan nedenler, pekçok yayının başına gelenlerden farklıdır. Bütün okuyucularımızın da kabul edeceği gibi, Temmuz ve Ağustos ayları tatil aylarıdır ve özellikle hekimlerin yıllık yorgunluğu atmak için büyük merkezlerden kaçtığı aylardır. Bunu düşünerek, daha ilk sayısının programı yapılırken TOB, Temmuz ve Ağustos aylarında yayınına ara vermeyi düşünmüştü. Böylece bir yıl 'süresince' 10 dergi yayınlanacaktı.

TOB'un gördüğü büyük ilgi, bizleri başka bir formül aramaya itti. Haziran ayında ve Eylül'de yayınlanacak sayılarımızı, aradaki «boş» ayların da yerini tutabilecek daha kapsamlı sayılar haline getirmeyi düşündük. Böylece elinizdeki dergi 98 sayfaya ulaştı. Kısacası, TOB'un yayını aksamadı.

Bu sayımızda TOB'un daha renklendiğini göreceksiniz. Özellikle «beslenme» konusundaki yazılar, konuya ilgi göserecek pekçok kişiye kaynak olabilecek bir bilimsel seviyede hazırlandı. Gerek Ankara, gerekse İzmir tabip odalarındaki ilgili arkadaşların hazırladıkları incelemeler konuyu değişik yönleriyle ele alıp, bir bütünlüğe kavuşturdu. TOB'un bundan sonraki sayılarında bu şekilde ağırlıklı konular etrafında yazılar yayınlamasına çalışılacaktır.

TOB'un bu sayısında ayrıca Şili'deki hekimler ve bunların Allen-de rejimine karşı takındıkları tavır konusunda iki Amerikalı yazarın bir incelemeleri yeralıyor. Düşünen pekçok aydının bu incelemeden çıkartacağı dersler olacağı kanısındayız.

Saygılarımızla.

TOB.

Danıştay Başkanı İ. Hakkı ÜLGEN :

“ Danıştay Kararlarını Uygulamayan İktidar, Anayasa’yı ihlal ediyor,, dedi

10 Mayıs 1976 günü kutlanan «Danıştay Günü» dolayısıyla bir konuşma yapan Danıştay Başkanı İsmail Hakkı Ülgen:

«Anayasamızın açık ve kesin emrine rağmen, Danıştayın yargısal kararlarının infaz edilmemesi ile Türk Milleti adına ortaya konan yargısal idareye saygı gösterilmemesi giderek vehametini artırmış, Hukuk Devleti İlkesi’ni bir yana iten davranışlar yoğunlaşarak, konu daha kapsamlı, daha derin ve kaygı verici bir hale, gelmiş, Anayasayı ihlal görünümüne bürünmüştür.»

Kamuoyunda geniş yankılar uyandıran ve tarihsel bir belge niteliği taşıyan konuşmasında Ülgen, Cumhuriyetin değişmez niteliklerinden olan «Hukuk Devleti, ilkesini de koruyacağına and

çömek suretiyle görev alan kişilerin, tam bir sorumsuzluk içinde verdikleri beyanlarla, vatandaşları mahkemelere karşı suç işlemeye teşvik ettiklerini belirterek, devamla; «yürütme organı ve idarenin, beğendikleri kararları uygulamak, beğenmediklerini uygulamamak gibi yetkisinin ve bu konuda herhangi bir takdir hakkının bulunmadığını» söyledi. Danıştay Başkanı İ. Hakkı Ülgen, konuşmasında, Yargı kararlarını yerine getirmeyen yürütme organlarının hukuki sorumlulukları yanında, bir de kamu görevlilerinin kişisel sorumluluklarına da işaret ederek «Danıştay kararlarının uygulanması konusunda yoğunlaşan olumsuz eğilimlerin önlenmesi için, kovuşturmaya yetkili mercileri göreve davet ediyorum» diyerek sözlerini tamamladı.

60 Lira olarak tesbit edilen Asgari Ücret vergiden muaf ve net 150 TL. olmalıdır

Asgari ücret işçinin ve ailesinin asgari gıda, mesken, giyim, sağlık aydınlatma ısıtma, taşıt kültürel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek, normal bir çalışma günü karşılığı olması gereken en az ücrettir.

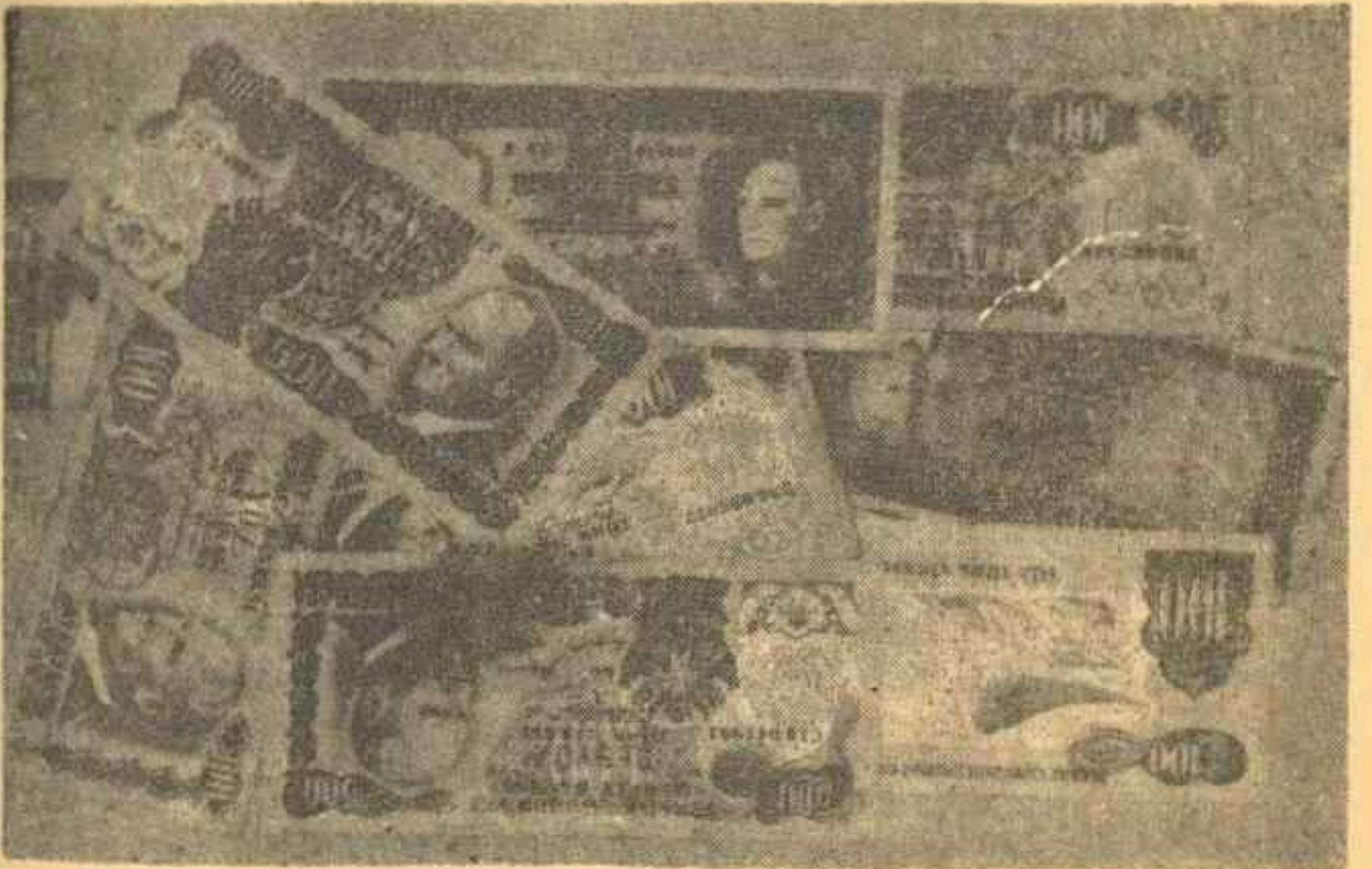
Ülkemizde hayat pahalılığının süratle ve sürekli olarak artması gerçek ücretlerin düşmesine neden olmakta, cari ücretler olması gereken asgari ücretten daha düşük bir düzeyde kalmaktadır.

Bilindiği gibi, bu yıl asgari ücretlerin kanunen yeniden tespit edileceği yıldır. Tespit edilen asgari ücretlerin geçim şartlarına olan uygunluğu; bir yerde, sadece işçilerin değil, sağlık per-

sonelini de içine alan tüm çalışanların almış oldukları ve alacak oldukları ücretler için, bir ölçüttür.

Aşağıda uzmanların, SSK'ya tabi olan işçilerin ortalama ücretlerine ve Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine dayanarak, yapmış oldukları araştırmalar sonucu elde ettikleri rakamlar, görece ekonomik büyümenin kimlerin fedakarlığına karşılık olduğunu açıkça göstermektedir.

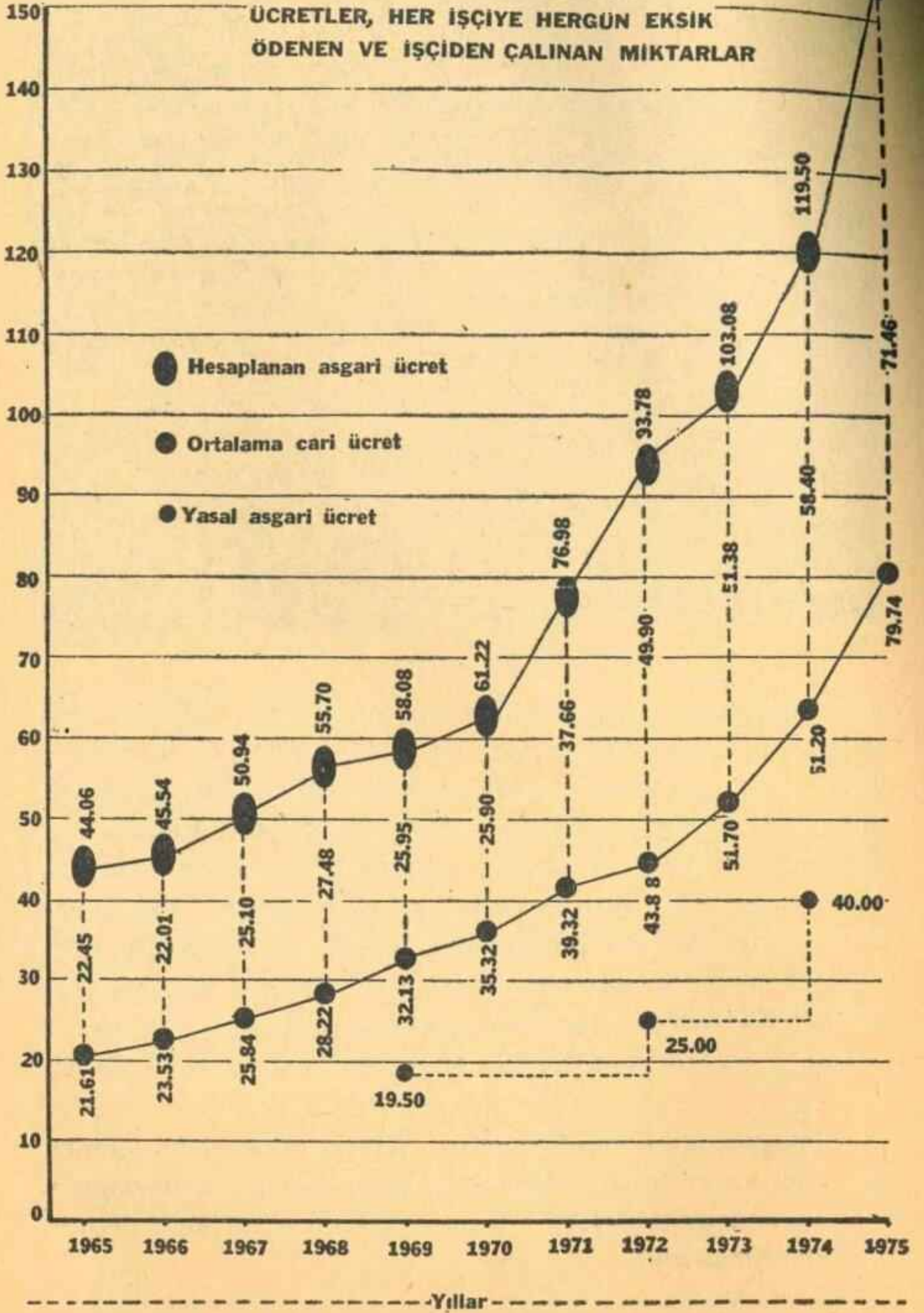
Bu arada sağlık personeli tabloya biraz dikkatli bakarsa neden katsayının 9'da bırakıldığını, neden Full—Time Tazminatları Yasasının çıkarılmadığını ve neden işçi—memur ayırımı konusunda çalışanlar aleyhine tavırlar alındığını... görebilecektir.



1965 - 1975 YILLARI ARASINDA SSK'na TABİ
İŞYERLERİNDE ÇALIŞAN İŞÇİLERİN ORTALAMA

Ücretler
TL.

CARİ ÜCRETLERİ , HESAPLANAN
ASGARI ÜCRETLER VE YASAL ASGARI
ÜCRETLER, HER İŞÇİYE HERGÜN EKSİK
ÖDENEN VE İŞÇİDEN ÇALINAN MİKTARLAR



1 Mayıs İşçi Bayramı...



Fransa, Batı Almanya, İsveç, Norveç, İngiltere, İrlanda, Belçika, Hollanda, Danimarka, Portekiz, İtalya, Lüksemburg, İsviçre, Bulgaristan, Çekoslovakya, Alman Demokratik Cumhuriyeti, Finlandiya, Yugoslavya, Sovyetler Birliği, Avustralya, Kanada, Yunanistan, Romanya, Hindistan, İsrail, Kongo, Meksika, Yeni Zelanda, Nijerya, Panama, Peru, Çin, Tunus, Cezayir, Venezüella, Küba, Suriye, Avusturya, Irak, Moğolistan, Kore, Macaristan, Polonya, Yemen, Lübnan, Kıbrıs, Vietnam, Arjantin, Angola, Mozambik, Kamboçya, Laos, Gine, Japonya,... Daha pek çok ülke ve 25 yılından 1976 yılına kadar süren bir aradan sonra TÜRKİYE.

Yukarıda adı geçen ülkelerde 1 Mayıs İşçi Bayramı, sömürsüz, baskısız, ve savaşırsız bir dünya için, bağımsızlık, demokrasi, barış ve toplumsal ilerleme isteyen milyarlarca emeğiyle geçinen tarafından kutlandı.

Trafik Haftasının Ardından

Geçtiğimiz ay içinde ülkemizde trafik haftası düzenlendi. Çeşitli araçlarla trafik sorunları dile getirilerek, konunun önemine dikkatler çekildi.

Ancak her yıl olduğu gibi bu yıl da konunun özü bir kenara itilip, yuvarlak lâflar ve beylik demeçlerle geçiştirildi. Buna karşın yıllardan beri ülkemizi istatistiklerde trafik kazalarında dünya birincisi olarak gösteren acı gerçek pis pis sırtıyordu.

Bir sorunun halk sağlığı sorunu olabilmesi için, şu üç koşula sahip olması gerekir.

- 1 — Yaygın olması
- 2 — Ölümlere neden olması
- 3 — Sakat bırakması ve ekonomik kayıplara yol açması.

Ülkemizde trafik kazalarına şöyle bir göz attığımız zaman, bu üç koşulu da taşımakta olduğunu görürüz. Trafik kazalarında ölüm ve sakatlanmalar gün begün artmakta ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak çözüm beklemektedir.

Yukarıdaki çizelgeden de görü-

leceği üzere, ülkemizde son yıllarda olagelen 167533 trafik kazasında 28.396 kişi ölmüş, 132.737 kişi ise yaralanmıştır. Yine 1975 verilerine göre, bu yıl içinde 44.271 trafik kazasında 4541 kişi ölmüş, 25.976 kişi ise yaralanmıştır. Ayrıca bu kazalar sonucunda 236 milyon Türk lirasına yakın bir maddi hasar meydana gelmiştir. Tüm bu verilerin ise, bildirimi yapılan vakalara dayandığı, bildirilmeyen diğer vakaların hesaba girmediği ayrı bir gerçektir.

Bu verilerden açıkça görüleceği üzere, bugün ülkemizde trafik kazalarından dolayı oluşan ölüm ve sakatlanmalar, birçok hastalıklardan oluşandan çok daha fazladır. Tüm bu bilgiler göstermektedir ki, ülkemizde trafik kazaları önemli bir halk sağlığı sorunudur ve çözüm için acil önlemler alınması gerekmektedir.

Ulaşım olayını toplumun sosyo — ekonomik yapısından ve yönetimin politik tercihlerinden ayrı düşünmek gerekir. Ülkemizde bu tercih, kara yolu taşımacılığı yönünde ol-

Yıllar	Kaza	Ölü	Yaralı
1967	16.762	3.3364	15.211
1968	19.963	3.347	17.615
1969	19.663	3.760	17.233
1970	19.207	3.978	17.672
1971	26.783	4.149	19.271
1972	29.891	4.282	21.343
1973	35.254	5.116	24.392
.....
Toplam	167.533	28.396	132.737

muştur. Böylece otomotiv montaj sanayinin hızla büyümesine koşut olarak kara yoluna yapılan yatırımlar artmış ve kamu kuruluşlarında bu yöne ayrılan ödenekler oldukça büyük ölçülere ulaşmıştır.

Ülkemizde kara yolu ulaşım sisteminin geliştirilmesine dönük çabaları, bu alana yapılan yatırımları incelemek suretiyle belgelemeye çalışalım. Örneğin 1948'deki ulaştırmanın ulusal gelirdeki payı 1.8 milyar TL. iken, 1972'de yüzde 566'lık bir artışla 12 milyar TL'sine ulaşmıştır. 1923 yılında 18.000 Km olan karayolu ise, 1975'de 80.000 Km'ye ulaşmıştır. Diğer bir anlatımla 1974'te 34 milyar TL. olan kamu yatırımlarının 8,8 milyarı ulaştırma sektörüne yatırılırken imalat sektörüne ise sadece 7,6 milyar TL'si yatırılmıştır. Bu rakamlar kamu yatırımlarının nereye akıtıldığını gayet iyi sergilemektedir.

Buna karşılık çok daha verimli ve ekonomik olan demiryolu taşımacılığı gerl plana itilerek ihmal edilmiştir. Böylece otomotiv montaj sanayinin öngörüsü yönteme öncelik verilerek yakıt, yedek parça, asfalt yapım vs. yönünden pahalı bir sistem seçilmiştir.

Ülkemizde yolcuların yüzde 91,4'ü karayolları ile taşınırken, yüzde 7,6'sı demiryolları ile taşınmaktadır. Havayolu ve denizyolu taşımacılığı ise ihmal edilecek kadar azdır. Yük taşımacılığında da aynı şekilde karayolu taşımacılığı yüzde 80'lik bir orana sahiptir.

Bu bozuk sisteme yönelme nedeniyle, ulaşım olayından beklenen hız, güven ve maliyet düşüklüğü il-

kelerinden hiçbirini gerçekleştirememiştir. Sanayi ve hizmet sektöründe de olduğu gibi, pazar ekonomisinin doğal bir sonucu olarak ulaşımda da yatırımlar birkaç büyük kent çevresinde dengesiz ve kamu yararına olmayan bir biçimde yoğunlaşmıştır. Bu durumun doğal bir sonucu olarak da, kaynakların israfı kaçınılmaz olmuş ve can — mal kaybı dünyada eşî görülmemiş bir düzeye ulaşmıştır.

Aynı şekilde büyük kentlerde, kitle ulaşımı bir kenara itilmiş ve kitle ulaştırmasında kullanılacak araçlar yerine, bireysel taşımacılığa yönelinmiştir.

Tüm bu sistem sonucunda ülkemizde trafik yoğunluğu ve trafik kazaları artmış, hava kirliliğine olumsuz etkisi kaçınılmaz olmuş, yakıt tüketimi, bakım, onarım masrafları ve toplumumuzda psikolojik yönden olumsuz etkiler ortaya çıkmıştır.

Ç Ö Z Ü M :

— Ulaşım olayı ülkenin sosyo-ekonomik yapısından soyutlanamaz. Ulaşımın şekillenmesinde tercihler politik güçler kanalıyla oluşturulmaktadır. Bu gerçekler çerçevesinde ulaşım bir bütün olarak ele alınmalı ve toplum yararına bir yaklaşımla düzenlenmelidir.

— Montaj sanayinin üretimini tüketecek yönde, karayolu ulaştırmasına yönelmekten vazgeçilmeli, özel oto sahipliğine sürekli özendirilmede körükleme yapılmamalıdır. Salt politik nedenlerle dolmuş ve taksilerin artışına göz yumulmamalı, ucuz kitle ulaşımını sağlayacak seçenek-

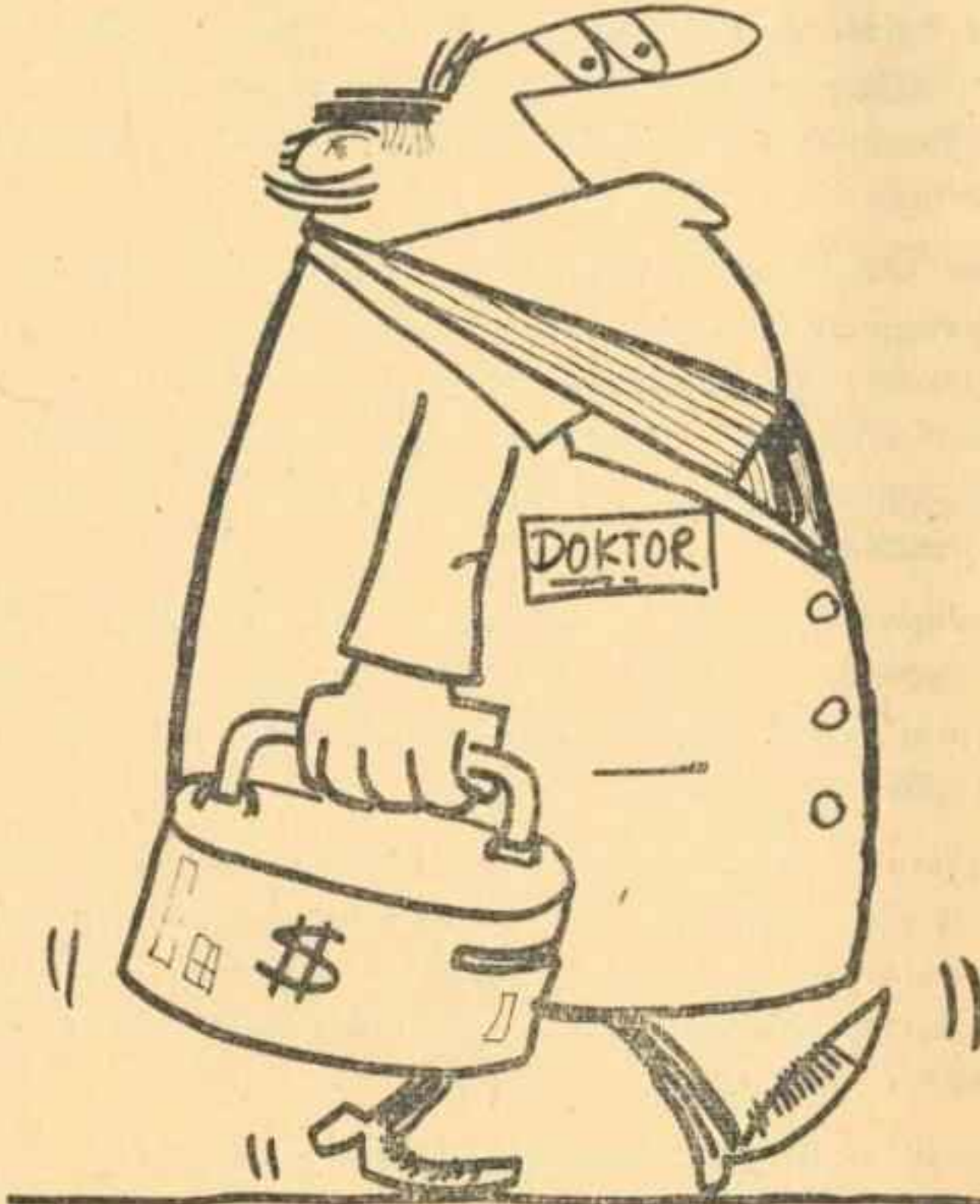
ler ve halkın sağığı, can — mal gü-
venliğı yönünde önlemler alınmalıdır.

— Şehirlerarası ulaştırmada yö-
netimin politik tercihi sonunda se-
çilen ve ekonomik olmayan karayo-
lu taşımacılığı yerine daha ekono-
mik ve emin olan demiryolu ulaştır-
masına yönelinmelidir. Devlet Demir
Yolları yeniden düzenlenmeli ve ola-
nakları artırılmalıdır.

— Şehirlerarası ulaşım organi-
zasyonu denetim ve alt yatırımları

tek elden planlanmalı, yürütülmeli
ve devlet eliyle kontrol edilmelidir.

— Büyük kentlerde kitle ulaşımı
ön plana alınmalı, verimli olmayan,
pahalı ulaşım belediyelerin yönetim
ve denetiminde olmalıdır. Bu yönde
belediyelere olanaklar sağlanmalı-
dır. Banliyöler ve yoğun yerleşim
merkezlerinden ulaşım, banliyö
trenleri ve metrolar gibi kitle ula-
şım araçları ile yapılması sağlanma-
lıdır.



HASLET.

A  l a r

Günün erken saatlerinde kalkabilmişseniz evinizin önündeki çöp tenekeleri-
ne sarkmış insanlar görürsünüz. Küçük küçük insanlardır bunlar. Boş öp bi-
donunun içinde, ayaklar havada! Amuda kalkmış gibi öyle dururlar bidonun için-
de. Sonra bir şeyler çıkarırlar pisliğin içinden. Çıkaratıklarının bazıısı kenarda
bekleyen küçük demir tekerlekli arabanın içine atılır. Bunlar teneke, cam, kâ-
ğıt gibi artıklardır. Paraya çevrilecektir onlar. Sonra arabaya atılmayan, hemen
orada üstün körü pislikleri temizlenerek ağza atılan artıklar bulunur öplüğün
içinde. Bunlar da pirzola kemikleri, suyu çıkarılmış portakal artıkları ve diğer
meyvelerin kalıntılarıdır.

Hangi pazardan alış verişinizi yapıyorsanız, o pazar yerini bir de ertesini
günün erken saatlerinde görmeniz gerekir. Bu kez her yaştan insanların pazar
yerinde aeliler gibi sağa sola koşuşturklarını, çöplerin, pazarcıların artıklarının
arasında bir şeyler aradıklarını görürsünüz. Bunlar da, önce ıspanak, pırasa,
Ichana gibi sebze artıkları ile çürük, ezilmiş meyve artıklarından nasiplenmek
isteyen vatandaşlarımızdır.

Büyük gece kulüplerinin çöpleri de en rağbet gören öplüklerdir. Çünkü ora-
ların çöpleri bile değerlidir. Oraların öplerinde araştırmacıların hiç görmedikle-
ri, tadmadıkları artıklar vardır. Pasta, taratör, midye, balık, biftek ve her tür
meyvanın posaları gibi...

Bu öplük işçileri, bu nafakasını çöplükten çıkarmak isteyenler hemen he-
pimizin horladığı ve çöp tenekesinin başında görünce yüzümüzü buruşturduğuş-
muz kişilerdir. İğreniriz onlardan .Onlardan iğreniriz de, onları o çöp bidonları-
nın içinde amuda kaldıran düzenden, onları aç bırakanlardan, onların beslenme-
lerini engelleyenlerden iğrenmek aklımıza gelmez.

Türkiye, dünyada çocuk ölümlerinde birinci sırayı tutmaktadır. Bu ölümler-
in büyük çoğunluğu ya beslenme eksikliğinden, ya tek yönlü beslenmedendir.
Türkiye'de ölümlerde çocuk ölümleri baş sırayı çekmektedir. Çocuklarımız, elbet
te benim ya da şu satırların okuyucularının değil, ama kırsal bölgede yaşayan
halkımızın çocukları beslenmedikleri, beslenemedikleri için ölmektedirler.

Geri kalmış ülkeler de, gelişmemiş ülkeler de halkın bilinçlenmesine engel olabilmek için iki geçerli yol vardır. Birisi eğitimi alabildiğine kısıtlamak, zorlaştırmak, paralı hale getirmek, öteki ise halkı sağlıksız bırakmak. Eğitilmeyen halk sömürü düzenine ve o düzenin iktidarlarına karşı çıkamaz. Bilinci bir belli eğitimden yoksun olduğu için gelişmez. Böyle olunca da halk korkusu içinde olan iktidarlara, rahat ederler.

Halkı böyle iktidarı denetleyemez, politikanın izleyicisi olamaz durumda bırakmanın ikinci yolu da, sağlık hizmetlerini halktan uzaklaştırmaktır. Bu da en az eğitim kadar önemlidir. Sağlıksız kişilerden, hastalıklı kişilerden oluşan bir toplumun, siyasal anlayışı da sağlıksız olur. O nedenle işte, halk sağlıksız bırakılmak istenir. Sağlıksız bırakılmanın çeşitli yolları vardı. Örneğin Türkiye'de de olduğu gibi sağlık hizmetlerini paralı yapmak. Konut gibi, beslenme gibi sağlıkla ilintili gelişimleri engellemek. Türkiye'nin konut sorunu ortada. İçinde hayvanların bile barınamayacağı yerler iş yeri, ev olarak kullanılıyor. Burdan sağlıklı kişiler yetişmez.

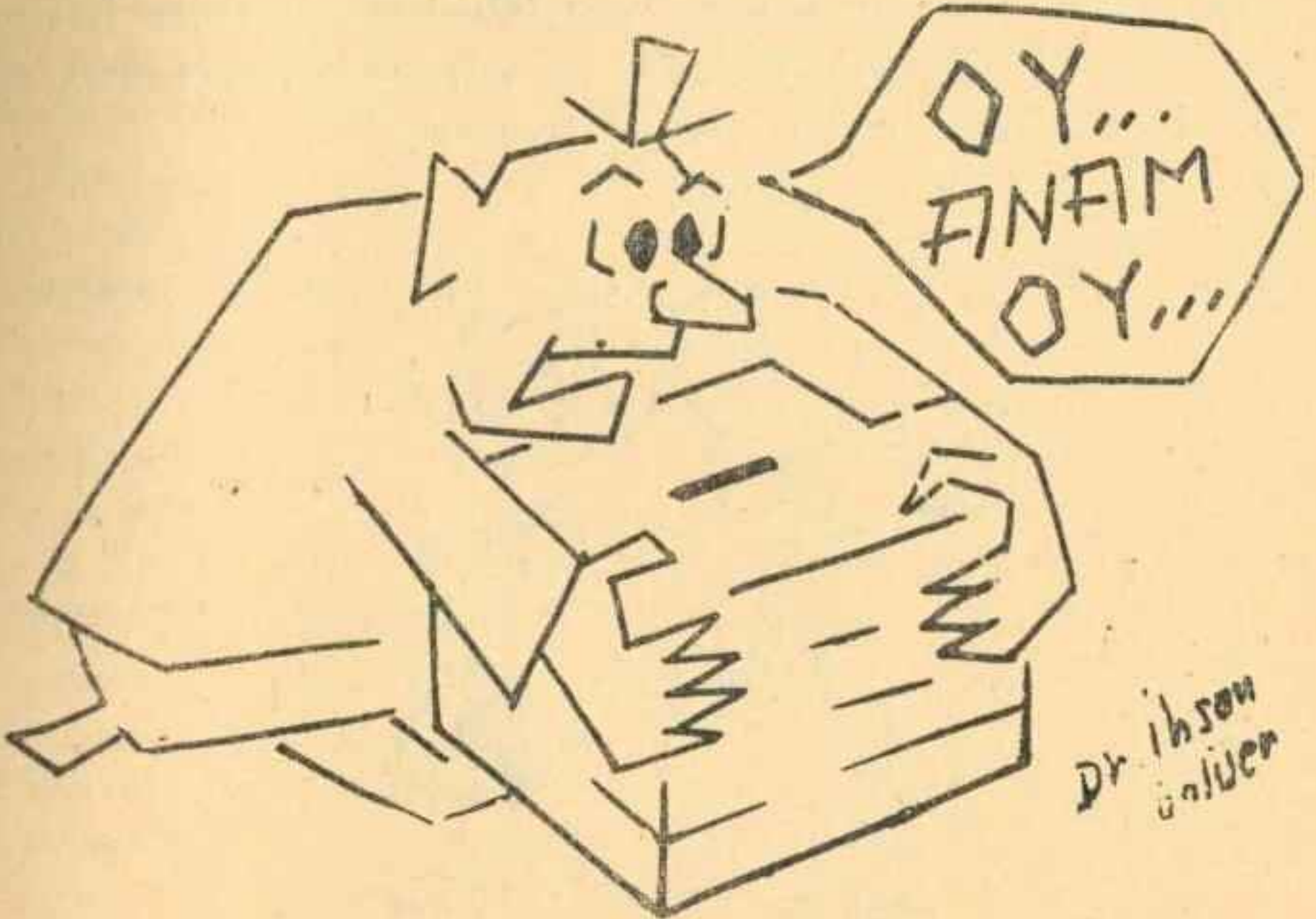
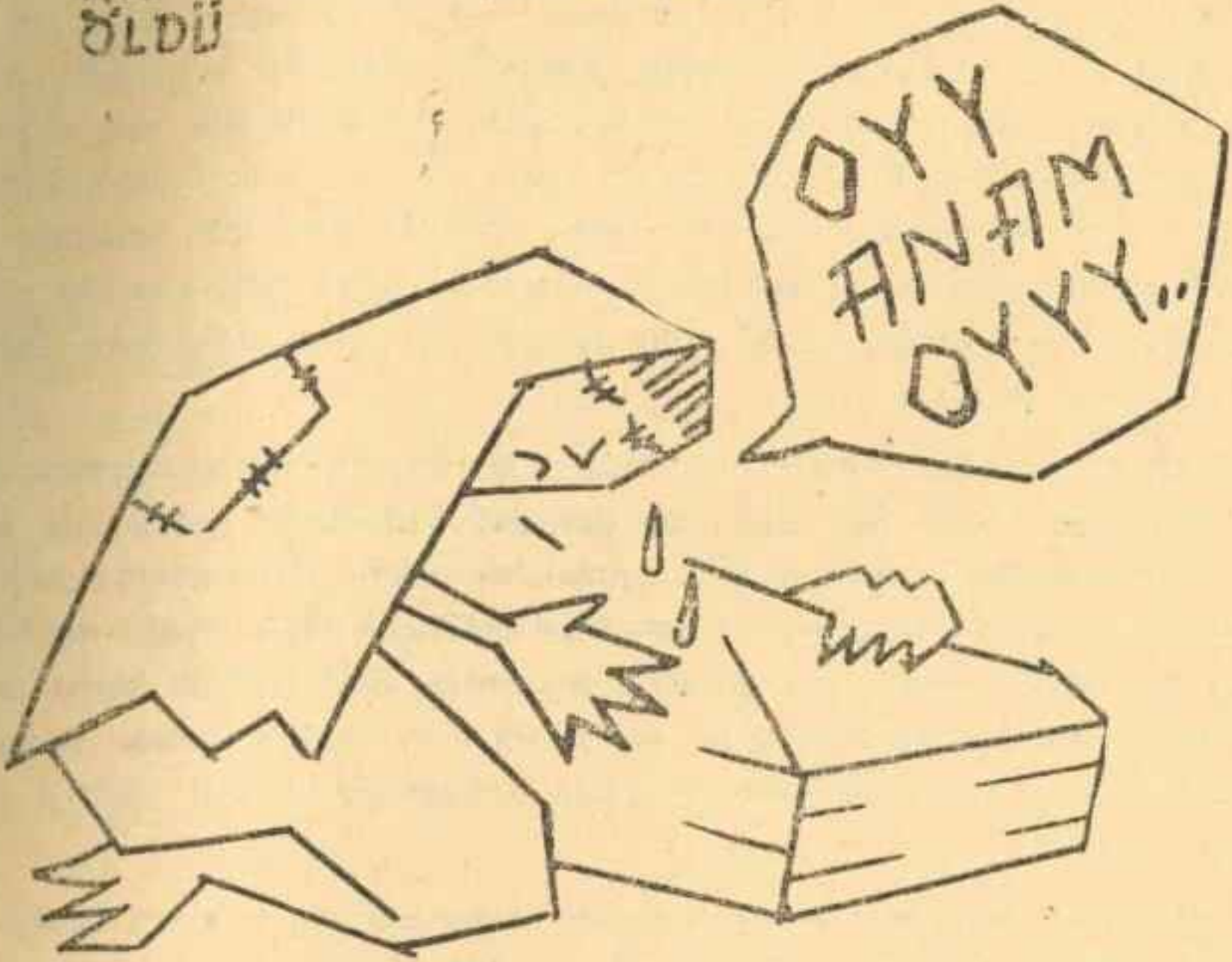
Beslenmeye gelince, işte o da ortada. Çöp bidonlarında hayvanlardan önce davranarak gıda aramak gibi çirkin bir görüntüde. Hayvansal gıdanın ne olduğunu bile bilmeyen insanlar var. Dünyada, hayvanların beslenmesinde bile bilimsel olarak çalışılarak onlara da hayvansal gıdalar veriliyor. Ama bizde halkın büyük çoğunluğu tahıla dayalı gıdalarla besleniyor. Böyle olduğu içindir ki işte; beslenme bozuklukları, beslenme yetersizlikleri ve kötü beslenme nedenleri ile çocuklarımız ölüyor, yetişkinlerimiz canlı cenaze gibi ortalıkta dolaşıp duruyor.

Yok canım, böyle insanlar elbette bizim aramızda değil. Onlar uzaklarda, gecekondualarda, kenar mahallelerde, kırsal bölgelerde, Anadolu'da.

İşte onlardan söz ediyoruz biz açlar diye. Yoksa elhamdülillâh bizler aç değiliz, hattâ çöplerimizde onlar için pay bile bırakıyoruz.



KIZAMIK'TAN ÇOCUKLAR
ÖLDÜ



Dr. ihsan
ünlüer

Güncel Sorunumuz Sağlık Personelinin Birliğini sağlamaktır

Hasan Fehmi MAVİ

TÜS—DER Genel Başkanı

Yurdumuzda sağlık personeli son yıllarda ekip olarak da çalışmakta, Sağlık Biliminin ileriye doğru gelişimi ekip çalışmasını doğal olarak daha da güçlendirmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri bir çok hizmetten daha başka ve ters yönlü uygulanmaktadır. Bu nedenle sağlık personelinin istihdamı da yanlış ve yetersiz olmaktadır.

Kapitalist ülkelerde tüm iş kollarında ve hizmet dallarında istihdam yetersiz ve yanlıştır. Özellikle az gelişmiş ve geri bıraktırmış ülkelerde istihdam sorunu oldukça çapraşıktır. Nedeni ise; kapitalist üretim biçiminin Türkiye ve dünya insanlığına aynı hizmeti eşit olarak götürememesi, toplumun talebini karşılayamaması ve yetersiz kalmasıdır. Kapitalist üretim biçimi yalnız egemen güçlerin isteklerine istenildiği biçimde cevap vermektedir. Eğitim, sağlık, yol, su, elektrik vb. gibi hizmetler egemen güçlerin ayağına kadar gelmiştir. Ama hizmet talep eden bir işçi, bir köylü, bir memur ise, adı geçen hizmetlerden yararlanmak için, hizmet verenlerin peşinden gitmek koşulu ve kendi talep ve ihtiyacı oranında değil de, onların verdiği kadar sınırlı olarak yararlanabilir.

Sağlık hizmetleri kitlelerin en çok ve zamanlı zamansız ihtiyaç duyduğu bir hizmettir. Tüm hizmetlerin en âcili ve önemlisidir. Egemen güçler bunu bildikleri için, hizmetin işleyiş biçimini kendi isteklerince, kendi çıkardığı yasalarca, çerçevelemişlerdir. Demek istemektedirler ki; «Sağlık hizmetleri bizim istedi-

ğımız biçimde ve şekilde uygulanmalıdır.» «Sağlık personeli de bizim emrimizde bulundurulmalıdır.» Bu görüş, ülkemizde egemen olan görüştür. Bu görüşe göre, sağlık personelinin bugüne kadar olduğu gibi, bundan böyle de egemen güçlerden yana olması ve onlara hizmet götürmesi istenmektedir.

Ama sağlık personeli sınıf kökeni olarak işçi sınıfının ve emekçi katmanların içinden gelmektedir. Büyük bir kısmı yaptığı hizmetle işçi durumundadır. Sağlık personelinin aldığı ücret yaşamlarını sürdürecektir düzeyde değildir. Çok az bir bölümü egemen güçlerle birleşerek ve sağlık hizmetini pazarlayarak yeterli ücreti almaktadır. Bizler, — hizmetimizi belli bir ücret karşılığı kiraya verenler — hizmetimizin tam karşılığını alamadığımız için, kendimizi sömürmemek ve haklarımızı alabileceğimiz bir sistem oluşturmak yolundayız. Buna göre sağlık personeli halktan yana tavır almalı ve bu tavrını örgütlü güçler oluşturarak sağlamalıdır. Sağlık personelinin örgütlü birliğinin ne demek olduğunu, egemen güçler çok iyi bilmektedirler. Hizmetler dalında onları köşeye sıkıştıracak gücün sağlık personelinin örgütlü gücü olduğunu bilmekte ve ellerinden geldiğince sağlık personelinin birlik ve dayanışmasını kırmak için, her yola başvurmakta-
dır

Bizler, sağlık personeli olarak egemen güçlerin oyunlarını bozarak bizim örgütlenmemizi kırmalarını engellemeliyiz. Hizmet içinde çalışma birliğini kuracak olan kolektif çalışan bizler örgütlü birliğimizi en kısa zamanda güçlendirmemiz gündemdedir.

15 — 16 Mayıs'ta TUS — DER'in 11, olağanüstü genel kurulunda, genel kurul TUS — DER'in işçi sınıfının bilimi ve disiplini altında örgütlenme ödevini yeni yönetime verdi. Sağlıklı kararlar alan genel kurulun çizdiği yönde çalışmalarımız devam edecektir.

Savaşı, sağlıklı ve barış içinde bir dünya için sağlık personeli olarak birlik ve dayanışma içinde savaşımızı sürdüreceğiz.

Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı ve Tıp Fakülteleri

Dr. Atıf UĞURLU

A.Ü. Tıp Fakültesi Asistan Temsilcisi

T.B.M.M. Komisyonlarında 14 Mayıs 1975 tarihinden beri bekleyen çok önemli bir kanun tasarısı henüz gündeme gelememiştir. Bu «Genel sağlık sigortası» kanun tasarısıdır. O günden bugüne gündeme gelemeyen bu tasarı kamu oyuna da pek yansımamıştır. Halbuki kırk milyon yurttaşı doğrudan ilgilendiren çok önemli bir konu. Basın da pek üzerinde durmadı konunun. Bir iki makale ve haberin dışında pek bir şey çıkmadı basında da. Ancak hekimlerin meslek kuruluşu olan Ankara Tabip Odası, aylık yayın organı ATOB'da tasarımı eleştirdi ve karşı görüşünü ortaya koydu.

Konuyla çok yakından ilgili tıp fakülteleri ise, tasarı hakkında ne beğenilerini ne de eleştirilerini belirttiler. Halbuki bu konuyu özellikle ve öncelikle tıp fakültelerinin bilimsel ve objektif olarak inceleyip kamu oyunu aydınlatması gerekirdi. Çünkü bu Üniversiteler Kanununun kendilerine yüklediği bir ödevdir de ayrıca.

Üniversiteler Kanununun üçüncü maddesinde, Üniversitenin görevleri şöyle tanımlanmaktadır. (fıkra d, e, f.)

«Memleketin türlü yönden ilerleme ve gelişmesini ilgilendiren bütün sorunları hükümetle ve kurumlarla da elbirliği etmek suretiyle öğretim ve araştırma konusu yaparak sonuçlarını toplumun faydalanmasına sunmak ve hükümetçe Milli Eğitim Bakanının aracılığı ile istenecek inceleme ve araştırmaları sonuçlandırarak düşüncelerini bildirmek;

Araştırma ve incelemelerin sonuçlarını gösteren bilim ve tekniğin ilerlemesini sağlayan her türlü yayınları yapmak;

Türk toplumunun genel seviyesini yükseltici ve kamu oyunu aydınlatıcı bilim ve rilerin! sözle ve yazıyla halka yaymak.»

Genel Sağlık Sigortası konusunda tasarımı meclislere sunan hükümetin, Tıp fakültelerinden bir görüş isteyip istemediğini bilmiyoruz. Ancak böyle bir görüş istenseydi bunun kamu oyuna da açıklanması gerekirdi. Kaldı ki, böyle bir görüş istemeye

de gerek yoktur. Tıp fakülteleri bu konudaki görüşlerini doğrudan da kamu oyuna açıklayabilirler. Yukarıda belirtildiği gibi, bu zaten onların görevleri içindedir.

Türkiyede bugün yedisi mezun veren (Ankara, Hacettepe, İstanbul, Cerrahpaşa, İzmir, Erzurum, Diyarbakır Tıp Fakülteleri) Yedisi henüz mezun vermeyen (Adana, Antalya, Eskişehir, Kayseri, Samsun, Bursa, Edirne Tıp Fakülteleri) toplam ondört tıp fakültesi ve buralarda da yüzlerce öğretim üyesi vardır. Bu kadar tıp fakültesi yönetim kurullarıyla, genel kurullarıyla ve yüzlerce öğretim üyeleriyle Üniversiteler Kanununun 3. maddesinde kendilerine açıkca yüklenen görevleri bu konuda bugüne kadar ihmal etmişlerdir. Ancak, bir iki öğretim üyesi görüşünü açıklamıştır. Bildiğimiz kadarıyla ancak Ankara Tıp Fakültesinde bu konuda bir çalışma vardır.

Üniversite özerkliği, öğretim üyelerine sırcadan köşk sağlamak için değil, ülke sorunlarıyla ilgili bilimsel araştırmalar yaparak öneriler geliştirmek ve bunları korkmadan, çekinmeden, özgürce savunabilmeleri için verilmiştir.

Sade bir hekim ve bir aydın gözü ile 1/288 nolu «Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı» Hakkındaki eleştiriler şöyle özetlenebilir :

1. Tasarı özü bakımından koruyucu hekimlik yerine tedavi edici hekimliği amaçlamaktadır. Bu nedenle ülke gerçeklerine aykırıdır. Çünkü koruyucu hekimlik tedavi edici hekimliğe göre çok ucuzdur ve kitle sağlığını daha kolay sağlayabilmektedir.

2. Sigortalıya hekim seçme hakkı tanıdığından hekimler arasında bir farklılık doğmasına neden olacaktır. Büyük merkezdeki titri ve ismi olan hekimler çok kazancaktır, patron hekimler meydana gelecektir. Yine sağlık kurumlarında seçme hakkı olduğundan özel hastaneler gelişecektir. Bunun sonucu Türkiye’de bugün var olan dengesiz hekim dağılımı daha da artacak, hekimler büyük merkezlere daha çok göç edeceklerdir. Sağlık hizmetlerinden zaten çok az yararlanabilen anadolu halkı sigortalı olsa bile yine de yeterli ve gerekli ölçüde yararlanma olanağını bulamayacaktır.

3. Tasarı yine özü bakımından ilaç tüketimini arttıracak doğrultudadır. Bu da gereksiz masrafa yol açacaktır.

Sonuç olarak tasarı ülke gerçeklerine ve çağın koşullarına aykırıdır.

Umarız, bizim duyduğumuz sorumluluğu Tıp Fakülteleri ve öğretim üyeleri de duyarak, tasarı kanunlaşmadan üniversite kanununun kendilerine yüklediği görevi de hatırlayıp gerekli çalışmayı yaparlar.

Geri Kalmış Ülkelerde Beslenme

ANKARA TABİP ODASI HALK SAĞLIĞI BÜROSU

Geri kalmış ülkeler, kapitalist sistem içinde gelişmeğe çalışan, ileri gitmiş kapitalist ülkeler tarafından yerli işbirlikçiler aracılığıyla sömürülen ülkelerdir. Sanayileşme süreci içinde geri kalmış olan bu ülkelerde ilkel tarım ekonomisi etkinliğini sürdürmektedir. Gelişmiş kapitalist ülkelerin baskısıyla geri kalmış ülkelerde tahıl üretimi artmış, tahıl ekilen toprak alanları çoğalmıştır. 1934—1938 devresi ile 1958—1960 devreleri arasında ekilen toprak alanları ve tahıl artışı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir :

TABLO 1 — Dünyanın çeşitli bölgelerindeki ekili toprak ve üretim artışı
(% ile) : FAO Kaynaklarından alınmıştır.

Bölgeler	Üretim artışı (%)	Ekilen toprak artışı (%)	Bir hektardan verim artışı (%)
Kuzey Amerika	75	— 3	78
Batı Almanya	23	— 4	29
Doğu Avrupa ve S.S.C.B.	24	6	16
Okyanusya	78	18	32
Latin Amerika	60	41	14
Uzak Doğu (Çin hariç)	32	24	6
Yakın Doğu	19	25	2
Afrika	92	50	28
Dünya Ortalaması (41)		(13)	(24)

Görüldüğü gibi, kullanılmayan toprakların kullanılır duruma getirilerek tarım alanına verilmesi üretim artışına neden olmuştur. Bu artışta bir hektardan alınan ürünün artması da etkilidir. Uzak ve yakın doğu, Latin Amerika ve Afrika gibi geri

kalmış bölgelerde üretim artışı, ekilen alan genişletilerek sağlanmıştı. Bunda dış etkileşimlerin payı büyüktür.

Bu arada meraların ortadan kalkması hayvancılığı sınırlandırmıştır. Şeker, tütün, pamuk gibi sanayiye yönelik tarım maddelerinin geri kalmış ülkelerde ekim alanları artmıştır. Tatlı ve kolay kâr getiren tarımsal çalışma desteklenmiş, hayvancılık geri planda bırakılmıştır. Bunu, gelişmiş ülkelerin politikaları oluşturmuştur.

Hayvansal proteinleri yeterli ölçülerde alan toplumların sağlık düzeylerinin yüksek olduğu bilinen bir gerçektir. Sağlık ve eğitim olanağı bakımından çok gerilerde kalmış ülkelerin karbonhidrat ve az ölçüde protein ile beslendikleri açıktır. Gelişmiş ülkelerde ise, hayvansal besinler ağırlığı oluşturmaktadır. Beslenmenin beyin gücüne etkisi gerçeği göz önüne alındığında, bu ülkelerin geri kalmış ülkelere yaptığı baskının bir nedeni ortaya çıkar.

Bu arada geri kalmış ülkelerdeki eğitim noksanlığı yanlış beslenmeğe neden olmaktadır. Bazı ülkelerde hayvanların kutsal sayılması, ekmeğin tüketimini artırıcı dinsel inanışlar protein tüketimini daha da azaltmaktadır.

Protein eksikliğine ek olarak karbonhidratların da yetersiz olduğu bazı geri kalmış ülkelerde kitle ölümleri ortaya çıkmaktadır. Örneğin son yıllarda Bengladeş, Hindistan, Etiyopya'da açlığın neden olduğu kitlesel ölüm olayları görülmektedir. Türkiye'de de bu tür ölümlere rastlanmaktadır.

Bu arada geri kalmış ülkelerin besin politikalarını belirleyen uluslararası besin politikasına kısaca değinelim :

Geri kalmış ülkelerde beslenme koşulları, yabancı terminolojide «Agri—business» adıyla anılan büyük tröstlerin istemleri yönünde biçimlenir. Bu tröstler, tarım araç ve gereçlerini üreten motor şirketleri (A.B.D.'nin General Motors, Caterpillar şirketleri, gübre ve tarımsal ilaç üreten petro—kimya kuruluşları) tahıl üretimini çok yüksek düzeylere çıkarmış ülkelerde bulunur. Tahıl üretiminin yanı sıra tarım teknolojisinin de geliştirilmiş bulunduğu A.B.D., çeyrek yüzyıldır dünya tarım piyasasını denetimi altında bulundurmaktadır.

Savaş sonrası dünya üretimindeki düşmeden yararlanan A.B.D., Marshall planı ve onu izleyen PL480 yasası aracılığıyla dış pazarları kendi tarımsal üretim artıklarıyla tutmayı başarmıştır.

Bugün yeryüzünün baş tahıl üreticisi A.B.D.'dir. Kuzey Amerika'nın buğday ve buğday unu ihracatı 1934—1938 yıllarında 5 milyon ton iken 1948—1952 yıllarında 18 milyon tona ulaşmıştır.

1957—1961 döneminde ise bu miktar 20 milyon tonun üzerine çıkmıştır. 1934—1938 döneminde tüm tahıl ihracatında Latin Amerika başı çekerken 1957—1961 döneminde ihracatı 9 milyon tondan 2 milyon tona düşmüştür. Aynı dönemde Kuzey Amerika'nın ihracatı ise 34 milyon tona ulaşmıştır.

A.B.D. 1973—1974 döneminde buğday üretiminin yüzde 70'ini ihraç etmiştir. Aynı dönemlerde et ithalatı ise 1.300.000 tonu aşmıştır. Bu rakamla dünyanın en çok et ithal eden ülkesi durumundadır. Bu da A.B.D.'nin beslenme politikası hakkında bilgi verebilir.

Geri kalmış ülkelerde tahıla dayalı bir beslenme şekli vardır. Ancak bu besin maddesi protein gereksinimini tam olarak karşılayamamaktadır. Bunun için de tahılların baklagiller gibi protein yönünden zengin besinlerle desteklenmesi ve tahıla dayalı beslenme politikasının sürdürülmesi yoluna gidilmiştir. A.B.D. bu çabaları bizzat desteklemiştir (Türkiye soya fasulyesi projesi gibi).

Geri kalmış ülkelere besin maddelerinin verilmemesinin gizli kalmış bir yönü de, belli devrelerde eldeki stokların tüketilip taze stokların oluşturulması idi. Geri kalmış ülkelerin bir özelliği de, beslenme problemlerinin gittikçe karmaşık duruma gelmesidir.

TÜRKİYE'DEKİ BESLENME DURUMU

Türkiye geri kalmış bir ülkedir. Kapitalist üretim biçimiyle sınıfların belirginleştiği, sosyal mücadelenin iyi ve özgür yaşamak için yoğunlaştığı bir alandır. Gücünün büyük bir kısmını tarıma ayırdığı için beslenmesi de daha çok bitkisel kaynaklı olmuştur.

Ülkemizde 1950 - 1967 yılları arasında toprak sürüm alanlarının artmasına paralel olarak tahıl üretimi de artmıştır. Bu artışın nüfus artışıyla paralel gelişmesi olumsuz sonuçlar doğurmuş ve üretim artışı gösterilememiştir. Türkiye'deki ekim alanlarının ne kadarının tahıl ekimine ayrıldığını öğrenmek için Tablo 2'ye bakalım:

TABLO 2 — Türkiye'de Buğday Ekim Alanı ve İşlenen Araziye Oranı (Devlet İstatistik Enstitüsü, Tarımsal Yapı ve Üretim, 1968)

Yıllar	İşlenen arazi (hek.)	Buğday ekim alanı	İşlenen araziye
1950	14 542 000	4 477 191	30,78
1955	20 998 000	7 060 000	33,62
1960	23 264 000	7 700 000	33,09
1965	23 841 000	7 900 000	33,13
1967	23 836 000	8 000 000	33,56

Görülüyor ki, tahıl ekim alanı işlenmiş toprakların artışına oranla daha büyük bir artış göstermiştir. Tablo 3'teki buğday ekim alanının, diğer arazi cinslerine göre dağılımı bunu daha da iyi açıklamaktadır :

TABLO : 3 — Buğday ekim alanının arazisi cinslerine oranı (% ile) :
(Devlet İstatistik Enstitüsü, Tarımsal Yapı ve Üretim, 1968)

Yıllar	Tarıma elverişli Araziye oranı	Kültür ara- zisine or.	Tarla ara- zisine or.	Hububat arazisine or.
1950	6,93	27,93	30,79	54,31
1953	9,98	31,24	34,10	57,87
1956	11,42	30,14	32,67	59,30
1960	11,93	30,41	33,10	59,48
1962	12,07	30,77	33,70	60,16
1967	—	—	—	61,47

NOT : Hububat; buğday, arpa, çavdar, yulaf, kaplıca, mısır, darı pirinç kuşyemi ve diğer ürünlerdir.

Yukarıdaki tabloda, tahıla ayrılan arazi içinde buğdayın payının % 7,16 oranında arttığı görülmektedir. 1950 yılında işlenen araziye 1967 yılında katılan 10 141 000 hektarlık arazinin % 36.61'i buğday ekimine ayrılmıştır. Görülüyor ki Türkiye'de belli devrelerde, teknolojinin de yardımıyla tarım sahaları yaratılmıştır. Ortaya çıkan tarımsal üretimdeki artışlar propaganda aracı olarak kullanılmıştır. Ülke tarım ülkesi olarak gösterilmiştir. Aynı tarihlere ilişkin bazı rakamları incelersek gereksinimimizdeki açığı görülmektedir :

TABLO 4 — 1968 yılına göre buğday gereksinimi durumu
(Karaelmas, A., Türkiye Hububat politikası, 1968) :

	Nüfus	Yemeklik buğday (t)	Tohumluk Buğday (t)	Kayıp olan (t)	Toplam miktar (t)
Köylü	26 000 000	5 850 000	1 500 000	386 000	7 736 000
Şehirli	8 720 000	1 962 000	—	—	1 962 000
Toplam	34 720 000	7 812 000	1 500 000	386 000	9 698 000
Gereksinim eksikliği					48 000 Ton

Ülkemizde bitkisel kaynaklı besin maddeleri dağılımı bölgelere göre farklılıklar göstermekteydi. Bu besin maddelerinin bazı bölgelerde üretilmemesi ve ulaşım yetersizlikleri ülke halkının eşit olarak beslenmesini engelleyen nedenlerdendir. Yöresel faktörler, halkın alışkın olduğu besin maddelerini yerinde tüketmesini sağlıyordu. Aşağıdaki tablo buna açıklık kazandıracaktır :

TABLO 5 — Bazı illerde yiyecek tüketimi (ilçe, bucak, köy ortalaması) : grm/Tüketici ünite (Beslenme ve Diyet Dergisi, Ocak 1973)

Yiyecek grupları	Diyarbakır	Mardin	Urfa	Rize	Trabzon	Giresun	Kayseri	Edirne
Ekmek	752	602	429	406	445	534	609	419
Diğer tahıl ür.	126	117	375	195	156	112	173	211
Kuru baklagiller	30	7	15	6	4	8	7	17
Süt ve türevleri	266	75	85	308	289	231	229	250
Patates	2	—	5	31	83	45	126	39
Diğer sebzeler	267	315	401	307	311	355	281	305
Meyveler	288	158	263	332	256	256	130	111
Kavun, karpuz	.04	121	162	47	60	31	307	638
Yağlar	17	8	15	44	31	37	19	58
Et ve balık	54	31	43	67	8	7	9	50
Yumurta	7	2	3	8	85	76	5	10
Şeker ve tatlılar	2	27	33	58	50	67	21	29

Görüldüğü gibi ekmek tüketimi İç Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde oldukça fazladır. Et, balık ve yumurta gibi hayvansal ürünlerin tüketimi Edirne'de yüksek ise de Karadeniz bölgesinden daha düşüktür. Süt tüketimi Urfa, Mardin illeri dışında kalan yerlerde birbirlerine yakındır. Yağ tüketiminde ise Edirne en başta gelmektedir.

Türkiye'nin hayvansal protein kaynaklarını incelersek gerçekler üzüntü vericidir. 1950—1960 yıllarında meraların sürülmesi, teknolojik geri kalmışlık ve modern beslemeciliğin oluşmaması protein üretiminin giderek azalmasının temel nedenleri olmuştur. Ülke beslenme politikası da dost kabul edilen ülkelerin politikaları ile biçimlenerek protein açığının giderek artmasını sağlamıştır. Bazı ülkelerin yıllık et harcamalarına bakarsak bu gerçek açık olarak karşımıza çıkar :

TABLO 6 — Sömüren ve sömürülen ülkelerde et tüketimi (ON. Koçtürk, Barış ve Emperyalizm) :

Kişi başına yılda düşen et			
Pakistan	4 kg	Danimarka	63 kg
Hindistan	6 kg	Kanada	82 kg
Türkiye	12 kg	İngiltere	85 kg
Mısır	14 kg	A.B.D.	94 kg

Türkiye'de hayvansal besin maddelerinin tüketimini incelersek (Tablo 7) 1952 — 1953 yılları arasındaki bir insanın tükettiği et miktarı 14.5 kg olduğu halde bu miktarın 1962 — 1963 yılları arasında 12.6 Kg'a düştüğünü görürüz. 1975 yılında ise bu miktarın, alım gücünün düşmesi ve 1 Kg dana etinin 50 TL'na çıkması nedeniyle daha da düşmesi beklenebilir.

**TABLO 7 — Türkiye'de et, süt, yumurta ve peynir tüketiminin gösterdiği değişimler
rel and food statistics, 1952—1963.**

Yıllar	Et	Süt	Peynir	Yumurta
1952—1953	14.5	38.6	5.6	1.2
1953—1954	15.0	36.4	5.4	1.6
1954—1955	13.0	26.9	3.9	1.7
1955—1956	13.5	35.5	4.9	1.7
1956—1957	14.2	36.6	5.1	1.6
1957—1958	14.8	32.2	4.5	1.7
1958—1959	12.5	39.4	6.0	1.8
1959—1960	12.6	40.3	6.1	1.4
1960—1961	12.6	40.0	6.1	1.6
1961—1962	12.6	40.0	6.1	1.6
1962—1963	12.6	40.0	6.0	1.6

Türkiye'nin hayvancılık verimini diğer ülkelerle karşılaştırmak istersek aşağıdaki tablolara bakmalıyız :

TABLO 8 — Türkiye ve diğer bazı ülkelerde hayvancılık verimi (Beslenme sorunu, Töb—Der yayınları) :

Ülkeler	Sığır canlı ağırlığı	Karkas ağırlığı	Sığır başına süt verimi
Fransa	519	300	3120
B. Almanya	510	269	3779
Yunanistan	346	180	1145
Türkiye	190	91	739

TABLO 9 — Çeşitli ülkelerde bir yılda tavuk başına düşen yumurta üretimi (Beslenme Sorunu, Töb—Der yayınları) :

B. Almanya	155	Yunanistan	75
Fransa	142	Türkiye	66

Görülüyor ki ülkemiz, en yakın komşumuz Yunanistan'ın bile gerisinden gelmektedir.

Deniz ve tatlı su ülkemizin doğal yapısında vardır. Buna bağlı olarak hayvansal protein kaynaklarının ülkemizde yüksek değerler göstermesi gerekmektedir. Yapılan araştırmalara göre bu kaynaklardan yararlanamamaktayız. 1954 yılında kurulan balıkçılık araştırma merkezi 1961 yılında ilgisizlik yüzünden kapanmıştır.

TABLO 10 — 1964 yılında çeşitli ülkelerde avlanan balık miktarları (O.N. Koçtürk, Sessiz Savaş)

Ülkenin adı	Avlanan balık (ton)
PERU	7 461 000
JAPONYA	6 879 000
ÇİN	5 800 000
S.S.C.B.	4 979 000
A.B.D.	2 701 000
NORVEC	2 280 000
İSPANYA	1 385 000
İZLANDA	1 198 000
PORTEKİZ	554 000
HOLLANDA	377 000
İSVEÇ	364 000
YUNANİSTAN	124 000
TÜRKİYE	122 546

Görüldüğü gibi Türkiye listenin son sırasında yer almaktadır. Çeşitli ülkelerde bir insanın bir yılda tükettiği balık miktarı da Tablo 11'de açıklanmıştır. Buradan da görülmektedir ki; Türkiye de yaşayanlar, hiç deniz kıyısı olmayan İsviçre ve Avusturya gibi ülkelerde yaşayanlardan daha az balık yiyebilmektedirler. Halkımızın bu kaynaklardan yoksun kalışı, protein açığının kapatılamaması yönünden üzüntü vericidir.

TABLO 11 — Çeşitli ülkelerde bir yılda insan başına düşen balık miktarı (Kg) :
(O.N. Koçtürk Sessiz Savaş)

Portekiz	41	İsviçre	9
Belçika	16	Avusturya	8
Yunanistan	14	Türkiye	3

Aşağıdaki tablo, yurdumuzdaki balık üretim bölgelerini ve üretilen ürünleri saklanabilme olanakların göstermektedir. Balık üretiminin % 67.1'ini sağlayan Karadeniz bölgesi soğuk depo bakımından en geri bölgedir.

TABLO 12 — Çeşitli bölgelerimizde balık üretimi ve balıkçılığa ilişkin soğuk hava depolarının durumu (1968) :
(Türkiye Balıkçılık Sorunları ve Geliştirme Çareleri, Milli Prodüktivite Merkezi, 1970).

Bölgeler	Üretim (Ton)	Soğuk hava depolarının Toplam üretime oranı (%)	toplam kapasiteye oranı (%)
Karadeniz	82 245	67.1	2.0
Marmara	28 271	23.1	70.0
Akdeniz	7 135	5.8	7.0
Ege	4 895	4.0	13.0
İç Anadolu	—	—	5.0
Doğu Anadolu	—	—	3.0
TOPLAM	122 546	100.0	100.0

Görülüyor ki ülkemiz ucuz protein kaynaklarını bile halkın ayağına götürememektedir. Balık ağaları durumuna gelmiş araçlar günümüzde fiat arttırabilmek için tutulan balıkları denize atmaktadır. Çok tutulan hamsi vs. tarlalarda gübre olmaktadır. 1968 — 1970 yıllarında günlük olarak yenen uskumru bugün fa-hiş fiatlarla bile bulunamamaktadır. Devlet ise bu konuda aczini saklayamaz duruma gelmiştir.

Besin kaynaklarımızı inceledikten sonra ülkemizdeki bazı kesimlerin beslenme durumlarını inceleyelim: Ülkemizde en büyük üretken güç olan işçilerin beslenme durumu nedir?

Sorunun yanıtını verebilmek için yapılan araştırmaları inceleyerek gerçek, somut olarak görülecektir. Örneğin üç çocuklu bir işçi ailesinin asgari besin gereksinimi tablo 13'te gösterilmiştir. Bir işçi bu besinleri düzenli bir şekilde aldığı zaman üretici gücü artacak, sağlık düzeyi yükselecektir. Ancak işçinin aldığı ücret bu beslenmeyi sağlayabilecek midir?

TABLO 13 — BİR İŞÇİ AİLESİNİN EN AZ BESİN GEREKSİNİMİ

(O.N. Koçtürk, Besin ve Beslenme, 1967)

Yiyecek Çeşitleri ve Besin yapıtaşları	İşçi Ergin gün gr.	İşçi Eşi Ergin gün gr.	Çocuk 2 Yaş gün gr.	Çocuk 3 - 6 Yaş gün gr.	Çocuk 10-13 Yaş gün gr.	Toplam gün gr.
--	--------------------------	------------------------------	---------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------

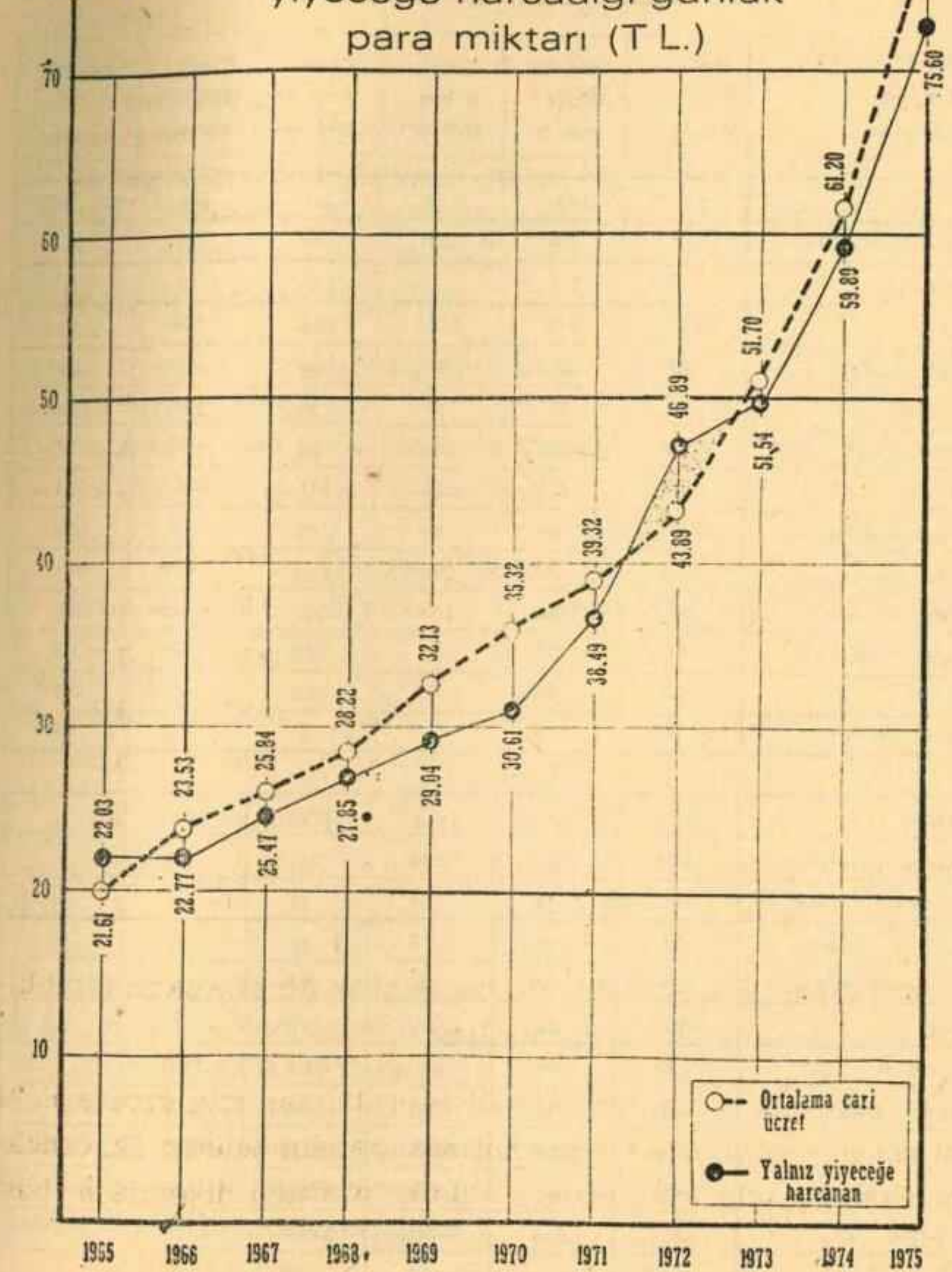
Et veya preparatları	160	140	45	70	145	560 (720)
Kuru Baklagiller	25	10	15	20	25	95
Yumurta	1	1 2	1 2	1	1	4
Süt	250	350	500	500	500	2100
B. Peynir	40	25	15	15	25	120
Tereyağ	15	15	15	20	20	85
Diğer Yağlar	30	30	—	10	15	85
Ekmek	400	275	75	175	350	1275
Diğer Tahıllar	60	50	50	40	50	250
Taze Meyve	150	150	200	150	175	825
Taze Sebze	300	250	150	200	300	1200
Patates vb.	375	350	150	200	300	1375
Şeker	50	50	35	40	40	215
Kuru Meyve	10	5	—	—	5	20

Kalori	2965	2470	1350	1770	2660	
Karbonhidrat, gr.	473	340	196	245	375	
Hayvansal Protein, gr.	46	43	29	33	48	
Bitkisel Protein, gr.	54	40	17	27	46	
Toplam Protein, gr.	100	83	46	60	94	
Yağ, gr.	97	88	43	60	81	
Kalsiyum, mgr.	980	840	860	900	1036	
Demir, mgr.	18	12	55	7.5	14	
Vit. A, i. U.	8370	8790	6688	8220	10717	
Vit. B1, mgr.	1.871	1.460	1.408	1.425	1.938	
Vit. B2, mgr.	1.827	1.580	0.829	1.077	1.663	
Vit. C, mgr.	145	123	137	110	154	

Tablo 14'e bakılınca gerçekler bütün açıklığı ile ortaya çıkmaktadır. 1965 — 1975 yılları arasında ortalama cari ücretler ile, üç çocuklu bir işçi ailesinin yalnız yiyeceğe ayırması gereken para hemen hemen birbirine yakın gitmiştir. 1972 yılında ise yalnız yiyeceğe harcanması gereken para günlük ortalama ücreti aşmıştır.

- 1965-1975 Yılları arasında
ortalama cari ücretler ile
işçi ailesinin yalnız
yiyeceğe harcadığı günlük
para miktarı (T L.)

Besin harcamaları
ve ücret T L.



Hayvansal protein yönünden Ankara'da yapılan bir araştırmada bir günlük ücretle alınabilecek et miktarı aşağıdadır (Tablo 15). Bir işçi 1965 yılında 21.61 TL sı olan cari ücretle 2.5 Kg. et alırken 1974 yılında 2.4 Kg. et alabilmektedir. Ücret artışları ve fiyat artışlarının aynı oranda arttığı ülkemizde diğer ihtiyaç maddelerindeki artış gözönüne alınırsa bir işçinin ne miktarda proteini evine sokacağı siz okurlar tarafından kolaylıkla anlaşılacaktır. Ayrıca 1976 yılında 1 Kg. etin 50 TL. sı olduğu düşünülürse git-tikçe artan bir protein açığı olduğu görülecektir.

TABLO 15 — Bir işçinin bir günlük ücreti karşılığı satın alabildiği et ve beyaz peynir miktarı (Kg/gün)

(O.N. Koçtürk, Besin ve Beslenme)

Yıllar	Cari ücret ortalaması	Et	Bir günde satın alınabilen beyaz Peynir		
	TL/Gün		Kg/Gün	TL/Kg	Kg/Gün
1965	21.61	8.61	2.5	6.75	3.5
1966	23.53	9.60	2.4	7.41	3.2
1967	25.84	10.81	2.4	8.23	3.1
1968	28.22	11.72	2.4	9.66	3.0
1969	32.13	12.00	2.6	9.98	3.2
1970	35.32	11.22	3.1	9.97	3.5
1971	39.32	14.53	2.7	12.22	3.2
1972	43.88	18.00	2.4	13.84	3.2
1973	51.70	23.29	2.2	15.93	3.2
1974 (XII)	61.20	25.11	2.4	24.95	2.5

Tablo 16'da çeşitli ülkelerde bir günlük ücretle satın alınabilecek ihtiyaç maddeleri gösterilmiştir.

Türkiye'de bir kişi bir sepet doldurabilmek için ücretine 74 TL.sı eklemesi ya da 2—6 gün çalışması gerekmektedir. Bu örnekte anlaşılacağı gibi gizli açlığın hüküm sürdüğü ülkemizde beslenme hastalıklarının bulunması doğaldır.

TABLO 16 — Bir günlük ücretle satın alınabilen ihtiyaç maddeleri (Sepet/gün).
(O.N. Koçtürk, Besin ve Beslenme)

Kanada	5.89	Sepet
İsveç	3.54	»
B. Almanya	3.21	»
Belçika	2.88	»
İtalya	2.35	»
Fransa	2.72	»
İngiltere	3.77	»
Japonya	2.16	»
SSCB	3.80	»
Türkiye	Bir sepet doldurabilmek için ücretine 74 TL. eklenmesi ya da 2-6 gün çalışması gerekiyor.	

Sözü edilen sepette bulunan ihtiyaç maddeleri :

1 kutu çamaşır tozu, 250 gr. pastırma, yarı mlitre süt,
1 kilo pirinç, 1 kutu çay, 1 kilo şehir, 250 gr. tereyağ, ya-
rım kilo beyaz peynir, 250 gr. margarin, 1 kilo patates, 1
kilo kuru fasulye, 1 ekmek, 12 yumurta var.



Yurdumuzda çocuklarda % 8 ila % 20 arasında değişen raşitizm görülmektedir. Aynı yaş gurubundaki çocuklarda anemi % 40 a varan oranlarda görülmektedir. Ayrıca bazı bölgelerdeki (Karadeniz, Güneydoğu anadolu) İyod yokluğuna bağlı basit guatr, diğer bazı yörelerde A ve C Vitamini eksikliğine bağlı hastalıklara fazlaca rastlanmaktadır.

Ülkemizde yapılan araştırmalara göre Protein Kalori malnütrisyonunun % 85 kadarı marasmus tipinde, geri kalanı marasmik kwashiorkor tipindedir. Kwashiorkor belirtileri gösteren olgulara çok seyrekte olsa rastlanılmaktadır. Çeşitli araştırma sonuçları toplumumuzda malnütrisyon sıklığı üzerinde fikir vermektedir. Bu araştırmalarda genellikle yaşa göre verilen standart ağırlığın % 85 inden daha az olan çocuklar malnütrisyonlu olarak tanımlanmaktadır. Çocuklardaki ağırlık kaybına göre malnütrisyon derecelendirilmektedir. Yaşa göre verilen standart ağırlığın % 75-85 inde olanlar I. dereceden, % 65—75 indekiler II derece % 50—60 undakiler III derece ve % 50 nin altında olanlar IV derecede malnütrisyonludur.

Kullanılan boy ve ağırlık standardına göre malnütrisyon sıklığında farklı bulunmaktadır. Bursa - Merinos standardına göre 0—6 yaş çocuklarda Malnütrisyon sıklığı Ankara-Etimesgut bölgesinde % 23, Güneydoğu Anadolu bölgemizde % 35—45, Kayseri bölgesinde % 32, Edirne'de % 27 olarak bulunmuştur.

Malnütrisyonluların genellikle % 60—65 i I. derece, % —35 i II derece, % 4—5 i III. derece, % 2—3 i de IV derecededir. Üçüncü ve dördüncü derecede malnütrisyonlu olan çocukların hastahare tedavisi görmesi zorunlu görülmektedir.

Ankara - Hıfzıssıhha okulu tarafından Ankara Etimesgut bölgesinde yapılan araştırmalarda yan bulgu olarak aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Bursa standart değerleriyle kıyaslandığında :

- A) 0—6 ay arasındaki çocuklar normal seviyede büyüme ve gelişme göstermektedir.
- B) 6—12 ay arasında % 15—25 oranında büyüme geriliği görülmektedir.
- C) 12 aydan sonra çocuklar arasındaki büyüme ve gelişme geriliği gittikçe artarak 2—4 yaş arasında % 30—40 a ulaşmaktadır.
- D) 4 yaşından sonra büyüme ve gelişme zamanla standart de-

gerlere yaklaşmakta ve 5—11 yaş arasında büyüme ve gelişme geriliği gösterenlerin oranı % 10- 15 e düşmektedir.

İzmir Bölgesinde yapılan bir araştırmada köylü çocuklarda A-avitaminozu belirtilerinin % 37, B vitaminleri avitaminozunun % 20 ve C-avitaminozun % 27 gibi bir sıklık gösterdiği belirtilmektedir.

Değişik bölgelerde yapılan bir araştırmada okul çocuklarında konjunktiva değişikliklerinin % 10 u kelosis, % 49 unda, angular stomatitisin % 18 i, Foliküler kerotozisin % 24 dolaylarında görüldüğü belirtilmiştir. Bu belirtilerin çoğu A vitamini ve ribofilavin yetersizliğine bağlıdır.

Diş çürümesi çocukluk çağındaki beslenme sorunlarından sayılır. Ankara kenti bazı köylerini içine alan bir araştırmada ilkokul çocukları arasında çürük dişi olanların oranı süt dişlerinde köyde % 57, kentte % 72; daimi dişlerde köylerde % 51, kentte % 43 olarak bulunmuştur. Bunlara sebep sulardaki florit düzeyinin düşüklüğü, şekerli yiyeceğin fazla tüketilip süt gibi koruyucu maddelerin alınmamasıdır.

KAYNAKLAR

1. Beslenme, Doç. Dr. Ayşe Baysal
2. Sessiz Savaş, Doç. Dr. O. Nuri Koçtürk
3. Gıda Emperyalizmi, Doç. Dr. O. Nuri Koçtürk
4. Barış ve Emperyalizm, Doç. Dr. O. Nuri Koçtürk
5. Besin simposiumu, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu
6. Türkiye'de Beslenme Sorunu, Töb—Der yayınları.
7. H.Ü. Tıp. Fakültesi Toplum Hekimliği Etimesgut Sağlık Bölgesinin 1967—1968—1969 yılları Çalışma Raporu
8. H.Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Epidemiyoloji Ders Notları.

Ülkemizde Beslenme Sorunu

İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu
"Beslenme" konulu Araştırma Gurubu

Ülkemiz nüfusunun % 20 si 1968'de toplam gelirin % 3 ünü alırken, diğer bir % 20 lik kesim toplam gelirin % 60 ını almıştır.

% 3 lük payı ancak alabilen geniş yığınların beslenmesinin iyi ve yeterli olabileceğini kim ileri sürebilir?

Toplam gelirin % 60 ını alan kesimin iyi ve yeterli beslenmediğini kimse söylemese gerek!

«Beslenme Sorunu» derken, büyük çoğunluğu oluşturan emekçilerin sorununu anlıyoruz ve çözümün bu sınıfların yararına nasıl getirilebileceğini incelemeğe çalışacağız.

KİŞİ BAŞINA YILLIK GELİR ve BESLENMEYE OLAN ETKİSİ

Ülkemizde kişi başına gelir, büyük payı alan burjuvazi ve en küçük payı almak zorunda bırakılmış emekçi sınıfların gelirleri ortalaması alınarak saptanmaktadır. Resmi verilere göre 1974 yılı kişi başına gelir 5.094 TL olarak gösterilirken, bu değer gerçekte 3800 TL olduğu iddiaları da vardır. Büyük çoğunluğun gelirinin 3.800 TL nin çok altında olduğu ayrı bir gerçektir. 1969'da nüfus başına gelir; tarımsal nüfus başına 1.637 TL, tarım dışı nüfus başına 2.576 TL olarak saptanmıştır. Ülkemizde tarım kesiminin daha düşük gelire sahip olduğu burada da görülmekte...

Kişi başına gelir bu şekilde belirlendikten sonra, günümüzde iyi ve yeterli bir beslenme için, piyasa fiyatlarına göre ne kadarlık bir hacmanın gerektiğini ele alırsak, ortada dikkate değer bir açığın var olduğunu görürüz. 1975 yılında İzmir Tabip Odası'nın araştırmasında kişi başına 7200 TL lık yıllık harcamanın gerektiği saptanmıştır. Kişi başına gelir ile bu değer arasındaki fark 3400 TL olduğuna göre, kişi başına gelirin 1975'te iki katına çıkarılması gerekmekte idi. Giyinme, barınma, eğitim, sağlık harcamalarını da beslenme harcamalarına katarsak, durumumuzun hiç de iç açıcı olmadığını, bir kez daha vurgulamış oluruz .

Ülkemizde, gelirin sınıfsal farklılıklara bağlı olarak dağıldığı bir gerçektir. Sınıfsal farklılığa göre yapılan araştırmalara ait verilerde, emekçi sınıf bireylerinin beslenmesinin ekmek ve tahılla dayalı olduğunu, et, balık, süt, yumurta gibi hayvansal protein kaynaklarının çok az miktarlarda tüketilmekte olduğunu görürüz. Bireye ait satın alma gücünün artması ile birlikte ekmek ve tahıl tüketimi azalmakta, hayvansal protein kaynaklarının tüketimi artmaktadır.

Aylık Gelir Gurubu (TL)	EKMEK VE TAHIL Tüketimi (%)	ET, BALIK SÜT ve Mamulleri	YUMURTA,
		KÜMES HAYVANI Tüketimi (%)	YOĞURT Tüketimi (%)
— 500	25.13	15.52	17.17
501—1000	21.32	19.65	18.08
1001—1500	18.43	21.93	18.38
1501—2000	16.28	22.87	18.88
2001—2500	13.65	26.37	18.45
2501—3000	12.42	26.30	16.83

TABLO I : Farklı aylık gruplarındaki besin tüketim düzeyleri. (1)

Sınıfsal farklılıklara bağlı olarak dağılan gelire göre besin tüketimi de farklı dağılım göstermektedir. Yukarıdaki örnekte de scrunun hangi sınıfa ait olduğu veya hangi sınıfın üzerine yıkılmakta olduğu görülmekte...

DÜŞÜK GELİRİN SONUCU ; «KÖTÜ VE YETERSİZ BESLENME»

Düşük gelirden belirtilmek istenen «satın alma gücünün düşüklüğü» dür. Satın alma gücünün düşüklüğü sonucu, emekçi yığınlar, günlük gerekli kalori sağlamada en çıkar yol olarak, ucuz olan karbonhidrat kaynaklarının tüketimini görmektedirler. Daha doğrusu ister istemez karbonhidrata dayalı beslenmeye zorlanmaktadırlar. «Karbonhidrattan zengin, proteinden —özellikle hayvansal proteinden— yoksun beslenme» olgusu nüfusun çoğunluğunu oluşturan emekçi yığınlar aittir. Böyle bir olgu, «yetersiz ve dengesiz beslenme» yi belirleyecektir.

1972 yılında, ülkemizde, kişi başına 19.3 gr hayvansal protein, tüketilmekteydi. Aynı dönemde, B. Almanya'da 51,6 gr. Fransa'da 60.3 gr Yunanistan'da 43 gr hayvansal protein tüketim düzeyi söz konusuydu. Buna karşın günde kişi başına gram olarak

tahıl tüketimi: ülkemizde 674 gr iken, B. Almanya'da 191, Fransa'da 225, Yunanistan'da 331 gr olarak belirlenmişti. Hayvansal proteinden yoksun, karbonhidrata dayalı tüketime satın alma gücünün etkisini burada da görmekteyiz.

Hayvansal proteinle ilgili, yetersiz tüketim içeren canlı örnekler, oldukça fazladır; 1967'de Türkiye'nin 7 bölgesinde yapılan araştırmada, askeri birliklerde 113 gr toplam proteinin ancak 25 gr'ının hayvansal kaynaklı olduğu saptanmıştır. Ankara

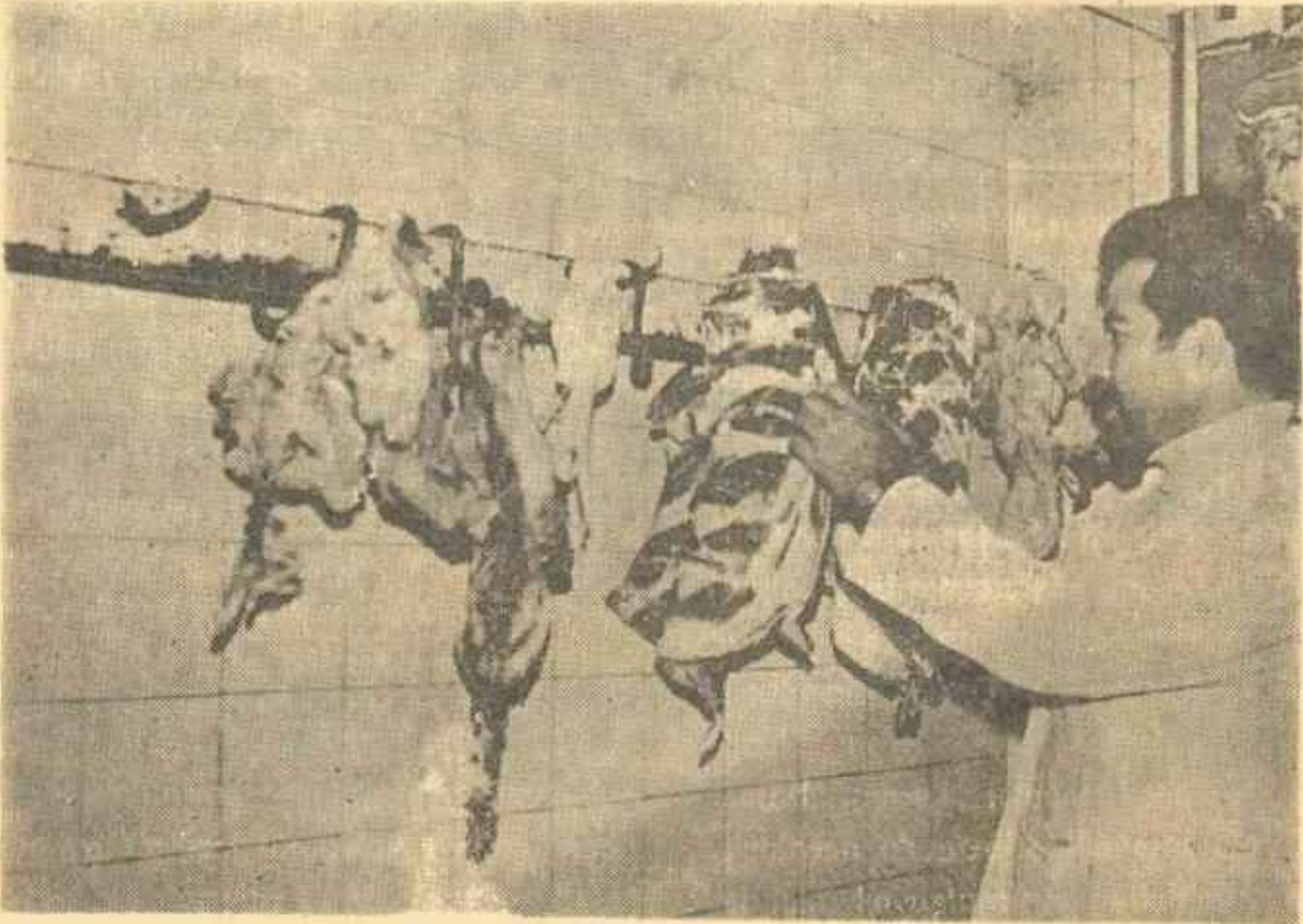
ve civar köylerinde yapılan araştırmada, günde 20 gr'lık hayvansal protein tüketiminin, köylerde % 32, gecekondularda % 28 oranda görüldüğü, günde 10 gr'lık bir tüketimin ise, köylerde % 36, gecekondularda % 40 oranda olduğu saptanmıştır. (2)

KÖYLÜNÜN ET YEME SIKLIĞI

(%)

HERGÜN	1.0
Haftada 2 kez	6.7
Haftada 1 kez	12.6
İki haftada 1 kez	6.5
Ayda 1 kez	19.4
Kurbandan kurbana (arasıra)	52.9
CEVAPSIZ	0.9

TABLO II : Et yeme sıklığı (3)



Satın alma gücünün düşüklüğü sonucu emekçi yığınlar karbonhidrattan zengin beslenme yöntemlerini benimsemek zorunda kalmaktadırlar.

SINIFLARA BAĞLI FARKLI BESLENME ve SONUÇLARI

Sınıflara bağlı farklı beslenmenin en görünür süreci çocuk gelişmeleri üzerinedir. Bunu İstanbul'un üç ayrı bölgesinde yapılmış bir anketle açıklayabiliriz. Emekçi yığınların oturduğu Rami'de (gecekondü bölgesi), yoksul köylülerin bulunduğu Istranca ve genellikle burjuvazinin oturduğu Nişantaşı'nda yapılan araştırmada, buralarda büyüyen, ortamın sosyo—ekonomik—kültürel etkileri içersinde gelişim gösteren çocuklarda tarama yapılmış; sonuçta, Nisantaşı'nda yaşayan, orada büyüyen çocukların boy ve kilo gibi kriterlere göre Amerika'nın Boston şehrindeki çocuklarla aynı gelişimi (hatta bazı devrelerde daha üstün) gösterdikleri görülmüştür. Rami ve Istranca'nın, Nişantaşı ortalamalarının çok daha altında yer aldığı saptanmıştır. (4)

	Gecekondü	Köy
Kişi başına et (gr/gün)	2.5	4.5
Kişi başına süt (cc/gün)	21.0	1368.0
Kişi başına yumurta (adet/gün).	0.1	0.2

TABLO III : Rami ve Istranca'da et, süt ve yumurta tüketimi. (4)

Tablo III'de de görüldüğü gibi, et, süt, yumurta, Rami ve Istranca'da «sembolik» miktarlarda tüketilmektedir. Istranca için, orman köyü olması dolayısıyla süt yeterli düzeyde sayılabilir. Rami'de günde kişi başına 2.5, Istranca'da 4.5 gr gibi «GÜLÜNÇ» ve «ACI» miktarlarda et tüketilmektedir.

Yaşamın sağlıklı sürdürülebilmesi için, günde 40 gr hayvansal protein gerekmektedir. Bunun sağlanmasında, bir kişinin 100 gr et, 300 cc süt ve 1 adet yumurta tüketmesi zorunludur. Bu değerlerle Rami ve Istranca'ya ait tüketim değerlerini karşılaştırsak BESLENME SORUNUNUN KİMİN, KİMLERİN SORUNU OLDUĞUNU ARTIK KAVRAMAYA BAŞLARIZ.

E r k e k	AĞIRLIK (kg) :			B O Y (cm) :	
	YAŞ :	Nişantaşı	Boston	Nişantaşı	Boston
	2	12.55	12.56	86.5	87.5
	4	16.55	16.51	103.0	103.4
	8	25.75	27.26	127.0	120.0

TABLO IV : Ağırlık ve boy bakımından yaşlara göre Nişantaşı ve Boston'da gelişen çocukların karşılaştırılması. (4)

Görüldüğü gibi, İstanbul burjuvazisinin erkek çocukları, 4 yaşında ağırlık olarak, 8 yaşında da boy olarak Boston ortalamasını geride bırakmaktadır. Buna karşın, dörtlü bir karşılaştırma yapılırsa sınıfsal farklılık tüm açıklığıyla ortaya çıkacaktır.

Kızlarda — Ağırlık (kg)

Yaş :	Boston	Nişantaşı	Rami	Istranca
1 yaşında ...	9.5	10.2	7.0	7.0
2 yaşında ...	12.29	12.40	9.0	8.75
4 yaşında ...	16.42	16.80	13.0	12.0
8 yaşında ...	26.35	25.0	21.0	19.0

TABLO V : Kızlarda, ağırlık olarak, Boston—Nişantaşı—Rami—Istranca karşılaştırması. (4)

Yukarıdaki tabloda Boston ve Nişantaşı'nda gelişen çocuklarının ağırlıkça birbirleriyle yarışmasını, Rami ve Istranca'dakilerinse bu yarış sürekli 3-3.5 kg geriden izlediğini görmekteyiz.

Kızlarda — Boy (cm)

Yaş :	Boston	Nişantaşı	Rami	Istranca
1	78.0	78.0	72.0	72.0
2	86.6	86.0	77.0	77.0
4	103.2	101.5	89.0	89.0
8	128.0	124.0	115.0	112.0

TABLO VI : Kızlarda, boya göre, Boston—Nişantaşı—Rami—Istranca karşılaştırması. (4)

Boston, Nişantaşı, Rami ve Istranca'daki çocukların (kız çocuklarının) boya göre karşılaştırılmasında, Boston ve Nişantaşı'ndaki verilerin birbirine yakın (birbirleriyle aynı), buna karşın Rami ve Istranca'nında alt düzeylerde kalmış olarak birbiriyle aynı olduğunu görürüz. Burjuvazinin çocukları ile emekçi yığın-lara ait çocukların bu kriterleri birbirinden keskin sınırlarla ayrılmaktadır.

Beslenme sorununda ele alınan kriterler sadece boy ve kilo değildir. Çocuk ölüm hızı ele alınacak olursa varılan sonucun tutarlı olduğu, gerçek olduğu vurgulanır. Örneğin, Rami'de bebek ölüm oranı binde 180'e ulaşmaktadır. Bu oran, 0-14 yaşlar arası için binde 239.6, Istranca'da ise binde 260'dır. Daha açık bir deyişle; Rami ve Istranca'da doğan 4 çocuktan biri 14 yaşına kadar mutlaka ölmektedir.

Her nasıl ki, «ülkemizde kişi başına 16 gr protein düşüyor» derken bunun sadece bir ülke ortalaması olduğu, yani her kesim için geçerli değer olmadığı anlaşılıyorsa, «ülkemizde 0—1 yaş arası çocuk ölüm hızı binde 153'dür» dendiğinde, bu değer de sadece bir ülke ortalamasıdır. Görüldüğü gibi, bir Rami'de, bir Istranca'da bu değer daha da üst düzeydedir. Yani, bu değerleri verirken ayrıca sınıfsal farklılığı da göz önüne getirmek, veriyi bu açıdan değerlendirmek gerekir. Buradan hareketle şunu söyleyebiliriz; her hangi bir sorunu ele aldığımızda uyguladığımız anketlerde, sınıfsal farklılığı da değerlendirmeye katılmalıyız. Örneğin, yapılan anketlerden çıkarılan veriler, kişi başına düşen aylık gelirlerin dağılımına göre ele alınmalıdır. Sınıfsal farklılığı gözler önünden saklamak olanaksızdır.

BESLENME İLE ÖLÜMLERİN İLİŞKİSİ

Bilindiği gibi, enfeksiyon hastalıklarının temelinde yetersiz ve dengesiz beslenme yatmaktadır. Beslenmenin, doku dayanıklılığına, antikor oluşumuna, fagositik aktivite üzerine, non—spesifik koruyucu maddelerin oluşumuna dolaysız etkili olduğu saptanmıştır.

Protein yetersizliğinde; tüberküloz, streptokok enfeksiyonları, akut mafsallı romatizması, kızamık, akut solunum yolu enfeksiyonları ve paraziter hastalıklara yakalanma sıklığının arttığı tüm açıklığıyla gösterilmiştir.

H a s t a l ı k :	R A M İ	İ S T R A N C A
Beslenme bozukluğu (malnutrisyon)	30	48
Dışkı parazitleri	31	47
Üst solunum yolu enfeksiyonları	24	20
Alt solunum yolu enfeksiyonları	7	5
Tüberküloz	3	3
Gastroenterit	8	10
Deri enfeksiyonları	5	1

TABLO VII : Rami ve Istranca'da hastalıklara yakalanma sıklığı bakımından karşılaştırma. (%) (4)

Tablo VII'de saptanan hastalıklara yakalanma oranına bakılırsa, Rami ve Istranca'da dört çocukta birinin 14 yaşına gelmeye kadar yitirilmesi beklenen bir sonuç olsa gerek...

BÜYÜK ÇOĞUNLUĞUN YETERSİZ VE DENGESİZ BESLENMESİNİN NEDENİ

Sorunun tam anlamıyla, geniş emekçi yığınların sorunu olduğunu, burjuvazinin sorunu olmaktan uzak olduğu bu şekilde belgelendikten sonra, sorunun nedeninin açıklığa kavuşturulmasında yarar var.

Ülkemizde üretim güçlerinin geliştirilememiş olduğu sürekli vurgulanmaktadır. Böyle bir olgu, ürünlerin adil bir dağılımının yapılmaması ile de ağırlığını daha da artırmaktadır.

Ülke	Sulama alan/toplam tarımsal alan (%)	Saf bitki besin maddesi (kg/hek.)	İLAÇ (kg/hektar)
TÜRKİYE	% 7.1	24	1.79
İTALYA	% 20.1	82	5.16
YUNANİSTAN	% 18.5	84	7.06

TABLO VIII : Kaynak : (1)

Tarımsal alanın ancak % 7.1'inin sulanabildiği ülkemizde, iyi ve yeterli beslenmeyi sağlamamız olanaksızdır. Bu nedenle, üretimin arttırılması için, tarıma traktörün girmesi, toprakların sulanması, gübrelenmesi ve bitkilerin ilaçlanması gerekir. Böylece besin maddelerinin üretimi ve bununla içiçe olan hayvancılığın da geliştiğini görürüz. Fakat, dışa bağımlı, çarpık ve geri kapitalizm bunu başaramaz, başaramamıştır da...

Üretim güçlerinin geliştirilmesi için, ülkemiz üç planlı dönem geçirmiştir. Fakat kapitalist sistem ile planlamanın çekişmesi, planlı dönemde de izlenmiştir. Bu çelişkinin varlığını, planlamaları yapan D.P.T. bile yayınlarında ne kadar gizlese de görünür kılmaktadır.

	I. Plan		II. plan	
	Amaç	Gerçekleşme	Amaç	Gerçekleşme
Tarım.....	4.2	3.5	4.1	3.1
Sanayii...	12.3	9.7	12.0	7.6

TABLO IX : I. ve II. plan döneminde Tarım ve sanayi bölümlerindeki gerçekleştirmeler. (6)

Tablo IX'da da görüldüğü gibi, sağlıklı kalkınmanın iki temel taşı olan tarım ve sanayiide amaçların çok altında gerçekleşme sağlanmıştır. Ancak, bu demek değildir ki, tüm bölümlerde amaçlananın daima altında gerçekleşme söz konusudur. Amaçların üstünde gerçekleşme sağlanan sektörler de vardır. Bunlar burjuvazinin tarım ve sanayiye göre daha kârlı bulduğu alanlardır. Zaten, kapitalist sistem ile planlamanın çelişmesinin özü de buradadır

	I. Plan		II. Plan	
	Amaç	Gerçekleşme	Amaç	Gerçekleşme
Hizmetler.....	6.8	7.9	6.3	7.7
Ulaştırma.....	10.5	7.2	7.2	7.8
Konut.....	—	8.1	5.9	8.2

TABLO X : Kaynak : (6)

Tüm bunlardan sonra, üretim güçlerinin geliştirilmesini, dışa bağımlı ve geri burjuvazimizden bekleyemeyiz. Üretim güçlerini geliştirecek tek sınıf işçi sınıfı ve onun doğal müttefikleridir.

EMPERYALİST TEKELLERİN ETKİSİ

Emperyalist tekeller, sömürdükleri ülkelerde genellikle endüstri bitkileri ve madenlere el koymaktadırlar. Bu ülkemiz için de söz konusudur. Bunu anlamak için, ihracatımızın maddesel dağılımına bakmak yeterlidir.

Genel toplam	676.601.552
Sınai bitkiler	292.433.988
Madencilik	40.041.827

YIL : 1971 Kaynak : (1)

Yukarda da değinildiği gibi, endüstri bitkileri ve madenlerimiz, tüm ihracatımızın yarısını oluşturmaktadır. Son yıllarda emperyalist tekellerin ucuz iş gücünden yararlanabilmek için, tekstil iş kolu yatırımlarını Türkiye gibi geri bıraktırılmış ülkelere yapması sonucu tekstil sanayii ürünleri ihracatımızın, maden ihracatımızla aynı düzeye geldiğini belirtmekte, emperyalizm olgusunu açığa çıkartmak için yarar var.

Emperyalizm olgusunun ışığı altında, uluslararası tekeller üretimin, kendi işlerine yarayacak olan endüstri bitkilerine yönelmesini sağlarlar.

	1962, %	1967, %
Hububat	41.6	38.6
Bakliyat	3.3	2.8
Sanayi bit. ve yumru bit	17.6	26.2

TABLO :XI : Bitkisel üretimin bileşimi. (1)

«Son 20 senede tarım üretim değeri içindeki paylarına göre, tahıllarda azalma, buna karşılık meyve, endüstriyel bitki üretimi-mizde artış görülmektedir.» (7). Bu cümle, egemen güçlerin yet-kili kurumları tarafından belirtilmek zorunda kalınmıştır.

ÇÖZÜM :

EMEKCİ SINIFLARIN İKTİDARININ YARATILMASI

Emperyalist tekellerin etki ve sömürsünden kurtulmak, üre-tim güçlerini geliştirmek, âdil bölüşümü sağlamak için, çoğunlu-ğu oluşturan emekçi sınıfların iktidarının yaratılması zorunludur. Ancak emekçi sınıfların iktidarında ülkemizde yaşayanların tü-müne iyi ve yeterli beslenmeyi sağlayabiliriz.

KAYNAKLAR :

- (1) Türkiye'de Toplumsal ve Ekonomik Gelişmenin 50 Yılı, 1973.
- (2) Ayşe Ergut, Köylü Beslenme Araştırması, 1967.
- (3) Orhan Köksal, 1968.
- (4) D.P.T. Türk Köyünde Modernleşme Eğilimleri Araştırması, 1968.
- (5) Olcay Neyzi, Cihad T. Gürson, İstanbul Bölgesi' Çocuklarının Beslenme Durumu, (Besin Simpezyomu, Ankara, 1967.)
- (6) Üçüncü 5 Yıllık Plan, D. P. T.
- (7) Devlet Planlama Teşkilatı.

Ülkemiz Çocuklarında Beslenme Sorunu

Prof. Dr. Sabiha ÖZGÜR

Beslenme insan vücudunun fizyolojik ve fizik fonksiyonlarını sağlamak için günlük ihtiyacın gerektirdiği miktar ve kalitede besin elementlerinin yenmesi, sindirilmesi ve hücrelere taşınması ile tanımlanan bir biyolojik olaydır.

Ayrıca besinlerin üretimi, üretimden—tüketime kadar devam eden bir sürü ameliyenin beslenmeye olan etkileri de, günümüzde beslenme konusu içinde tartışılmaktadır. Örneğin: besinlerin nakli, depolanması, pazarlama v.s..... Kapsamı böylece genişletilen beslenme sorunları günümüzde mültidisipliner bir ekibin uğraşı haline gelmiştir.

Beslenme bir ülkenin sağlığı ve buna bağlı olarak toplum kalkınması ile sıkı olarak ilişkilidir. 1966'daki bir araştırmaya göre gelişmekte olan ülkelerde 14 yaşından küçük 667.000.000 çocuğun 269 milyonu yetersiz beslenmektedir. 1—5 yaş arasındaki çocukların ölüm oranı onların beslenme yetersizliği içinde olduklarının delili olarak kabul edilir.

Yetişkinin sosyal uyumunun, öğrencinin kendisine öğretilenleri kapma yeteneğinin beslenme ile ilgisi son yıllarda çok tartışılan bir konudur. Eğer bebeklik çağında kötü beslenme, kişinin gelecekteki tüm yaşantısını ve öğrenme yeteneğini etkileyecekse, bunun bir ülke sorunu olacağı belgindir.

Küçük bebeklerin beslenme yetersizlikleri 2 ayrı klinik tablo şeklinde açığa çıkar.

1 — Marasmus: Özellikle kalori alımının azlığına bağlı olarak, vak'alarda gelişme durmuştur, çocuk gitgide erimektedir.

2 — Kwashiorkor: Total kalori alımının normal veya hafif azlığına karşılık protein alımı çok düşüktür. Çocukta ödem, deri döküntüleri ve davranış bozuklukları mevcuttur.

Aynı etnik gruba ait çocuklardan iyi ve kötü beslenenler karşılaştırıldığı takdirde bebeklik yaşlarında kötü beslenenlerin boylarının daha küçük, okulda başarılarının daha az, pubertelerinin daha geç ve zekâ yaşının daha düşük olduğu açığa çıkmıştır. Bunda acaba yalnız beslenmenin mi payı vardır? Sağlık koşullarının bozukluğunun genetiğe olan etkisi, ilk yaşlarda eğitim ve uyarıların azlığı, kötü hijyen koşullarında yaşamak veya verilen eğitimin kalitesinin düşüklüğünün de etkisi olabilir.

Hayvan deneylerinde kalori veya protein karansının irreverzibl nörolojik lezyonlar husule getirdiği kati olarak belirtildiği halde insanlarda bu konuda son söz söylenmemiştir. Öyle görülüyor ki protein ve kalori yetersizliği küçük çocukta serebral doku hücrelerinin çoğalmasını frene edebilir, enzimatik ve şimik yapısını değiştirerek fonksiyonel bozukluklara veya bazı algılarda integrasyon hatalarına yol açabilir.

Kalkınmada en önemli unsurun insan olduğu bilindiğine göre görevimiz üstün vasıflı sağlıklı ve yetenekli kişiler yetiştirmektir. Gelişmişliğin ölçüsü bir ülkede çocuk mortalitesi ile ölçülür. Beslenmesi kötü olan ülkelerde toplumun en hassas kişileri olan çocukların ilk etkilenenler arasında olmaları doğaldır.

Ülkemizde doğumda çocukların ortalama ağırlıkları, Avrupa ülkelerinininkine eşittir. Genellikle ağırlık kurveleri 6 aylıktan sonra farkanmaya başlar ve 18—24 cü ayda en maksimum seviyelerine erişir.

Ülkemizde çocuk yaşlarında beslenme sorunlarını 2 grupta incelemek gerekir.

a) Süt çocukluğu çağıında

b) Okul öncesi ve okul çağıındaki çocukların beslenme sorunları

A) Süt çocuğı çağıında beslenme bozuklukları :

Süt çocukluğu çağıında beslenme bozukluğu, enfeksiyonları kolaylaştırcı bir zemin hazırladığından ve yukarıda işaret ettiğimiz gibi fiziko—motor gelişme geriliğine de yol açtığından son derece önemlidir. Bir ülkede çocuklar yeteri kadar protein almıyorlarsa aşağıdaki olasılıkların birkaçı veya tümü vardır.

1 — Bu ülkede çocuk için gerekli olan besinler yetersizdir.

2 — Kişilerin satın alma gücü yetersizdir.

3 — Beslenme konusunda bilgi yetersizdir.

Ülkemizde başlıca iki neden, erkenden memeden kesilme ve ek besinlerin yeterli ve bilgilice dağıtılmamasıdır. Erkenden memeden kesme nedenleri araştırıldığında tatminlî bir cevap alınamamaktadır. Anketlerimizden çıkan sonuçlara göre emzirmeye erken, kestirmeye etken en önemli faktör anne sütün olmaması veya çocuğun memeyi kendiliğinden terketmesidir.

Devlet Planlama teşkilatının Türk Köyünü modernleştirme araştırmasında 3—5 aylık çocukların % 15 ine ek besin verildiği, 6 aylıktan sonra, bu oranın % 19'a yükseldiği, 9 aylıktan sonra ise çocukların ancak % 41 inin ek besin aldıkları tespit edilmiştir. Ne yazık ki, bu ek besin de şeker ve nişasta karışımı veya yemek suyuna batırılmış ekmektir. Baysal ve Köksalın anketlerine göre süt çocuklarının ancak yarısında süt ek besin olarak verilmiştir. Ortalama çocuk başına düşen günlük süt miktarı 100 gr.dır. Bu da çocukların aldıkları günlük kalori ihtiyaçlarının 1/5'ini teşkil etmektedir.

Ülkemizde süt önemli bir sorundur. Sosyal koşulların bozukluğu, gelenekler; meden kesme zamanını etkilemekte ve unlu mamalarla ek besinlerin yedirilmesine yol açmaktadır. Unlu besinlerin ucuzluğuna karşılık süt ve özellikle sanayi sütleri çok pahalıdır. Ülkemizde yeterli süt vardır, hatta bitkisel proteinli mamalara ihtiyaç göstermeyecek kadar da süt üretimi mevcuttur. İyi işletme imkânsızlıkları, değerlendirmenin ilkel koşulları, üretimde teknik bilgi kifayetsizliği, hayvanlara yeteri kadar bol ve ucuz yem sağlanmayışı, kontrol ve takip yetersizlikleri sütçülüğün ilerlemesini önlemiştir. Ülkemizde elde edilen pastörize süt miktarı çok azdır. ✓

Büyük şehirlerimizde dahi sağlık yasalarına aykırı olarak halen sütçüler kapılara dağıtım yapmakta ve mikrop kültürü haline gelmiş sütler satılmaktadır. Bunlarla beslenen çocuklarda, derhal başlayan sindirim sistemi bozuklukları sütün itham edilmesi nin nedenidir. Türk'ye'de halen pastörize edilen süt miktarı total üretimin yüzde 5'i kadardır. Ülkemizde süt üretiminin arzu edilir seviyeye ulaştırılması ve belirli bir bölgedeki üretimin değerlendirilerek yurdun her yanına sevk edilir hale getirilmesi ile süt çocuğu beslenme sorunu halledilebilir. Süt sanayii mamülleri şimdiki fiyatları ile halkın ulaşamayacağı pahalıdır. Köylünün elindeki süt veren hayvan cinsinin ıslahı, ucuz yem sağlanması, her şehire süt ve mamülleri tesislerinin kurulması, doğu ille- rimizde süt tozu fabrikaları inşaaası, süt içme alışkanlığını sağlamak için geniş eğitim ve propaganda yapmak, maliyeti ucuzlatmak süt ve mamüllerinin muhafaza, pazarla- ma ve dağıtımını düzeltmek gereklidir.

B) Okul öncesi ve okul çağındaki çocukların beslenme sorunları :

1957'de Thomson'un Türkiyenin çeşitli okullarında yaptığı araştırmalar sonucun- da ortaya çıkan rapor oldukça ilgi çekicidir. Marmara, Trakya ve Ege Bölgesinde nis- peten iyi beslenen çocuklara karşılık, Doğu Türkiye, Batı Karadeniz sahil bölgesi ile Diyarbakır merkezi ve güneydoğu yayla çocuklarında, belirgin beslenme yetersizliği- ni bu araştırmacı tespit etmiştir.

Toplam 790 öğrenci üzerinde ilçe ve köy kıyaslaması yaparak yürüttüğümüz bir anketin sonuçlarına, burada kısaca değinmek istiyorum. Bu ankette çocuklara her öğüne isabet eden yemek miktarı hakkında fikir sahibi olabilmemiz için yemeklerin tek tabaktan, ortadan mı yendiği veya herkezin tabaklarının ayrı mı olduğu soruldu. İlçe çocuklarının yüzde 31,9'u köy çocuklarının yüzde 18'i ayrı tabaklarda yemektedir- ler. Ortaya konan bir yemekten çocuğa düşen pay onun yemek süratine ve besini se- vip sevmeyişi orandaki iştirakine bağlıdır. Köy ve ilçe çocukları hayvansal besinlerin bitkisel proteinli besinlere oranla daha besleyici olduğunu kabul etmekte ise de, gerek günlük besinleri gerek birkaç gün evvel yediklerinin bilançosu yapılırsa, hem köyde hem ilçede bitkisel proteinlerin hakim olduğunu görürüz. Bir çok çocukların sabahları patates, kuru sebze veya etli bir yemek yedikten sonra öğlen yemeği yeme- diğini görüyoruz. Sabah çok az bir yüzdenin süt içtiğini tespit ettik. Çay ise çok se- vilmekte ve süte nazaran 10 misli fazla tüketilmektedir. Hayret ettiğimiz bir nokta yo- ğurt ve peynirin çocuklar arasında besleyici olarak kabul edilmemesi buna rağmen sabah kahvaltısının esasını peynir teşkil etmesidir. İlçe çocukları eti, yumurtayı ve

tavuğu sevdiklerini fakat besinlerine az girdiğini bildirdiler. Yumurta köy çocukları tarafından ilçe çocuklarına nazaran daha çok yenmektedir.

Günlük besinler içinde çorba tüketimi oranı yüksektir. Sabah kahvaltısında köyden çok ilçe çocukları çorba içmektedir. Buna rağmen çorba sevdikleri bir besin değildir. Köy çocukları ise ilçe çocuklarına nazaran 3 misli daha fazla çorbayı sevdiklerini bildirmişlerdir. İlçe çocukları hamur işlerini pek sevmediklerini ve pirinç ve bulguru tercih ettiklerini de bildirmişlerdir.

Yaz ve kış sebzeleri ilçe ve köy çocukları tarafından sevilmediği halde çok tüketilen besindir.

Özellikle köyde günlük besinler arasında, süt ve patatese yakın bir oranda yenmektedir. Sonuç olarak halk, hangi besinlerin yararlı olduğunu bilmekte fakat yiyememektedir. Köylü kuru sebzeyi, ilçe ise mevsimlik sebze yi daha büyük oranda tüketmektedir.

Köy ve ilçede meyvanın çok arka planda kaldığını çocukların sevmesine karşılık az sarfedildiğini görüyoruz. Bunun nedeni Ege bölgesi için meyva yokluğu olamaz, kaldığı çalıştığımız bölgenin ekonomik kapasitesi meyva almaya müsaittir. Halkın meyveyi bir lüks madde gibi kabul etmiş olması muhtemeldir.

Ülkemizde gerek süt çocuğu gerek daha büyük çocuğun beslenmesini incelediğimizde, protein ve kalori yetersizliği içinde olduklarını görüyoruz. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler beslenme yönünden kıyaslanırsa süt mamülleri ve etin gelişmiş ülkelerde aşırı tüketimine karşılık gelişmekte olanlarda ise başlıca tüketilen besin maddesi tahıldır.

Türkiyede yılda insan başına 268 kilo tahıl tüketilmektedir. Yani alınan günlük kalorinin önemli bir miktarı ekmekten sağlanmaktadır.

Devlet Planlama teşkilatının araştırmasında beynelmilel beslenme standartlarına göre, ülkede yıllık kişi başına düşen milli gelir 200—300 dolar arasında, ortalama ömür 57,4, doğan çocukların ilk yıl içinde ölüm oranları yüzde 97,2, günlük ortalama kalori 310, bu kalorinin % 74'ü tahıl, şeker, yağ gibi boş kalori kaynaklarından sağlanmaktadır.

Türkiye'de hayvansal protein kaynağı olan et, süt, mamülleri ile yumurta ve süt tüketimi düşüktür. Yılda fert başına et tüketimi 15,7 kg. dir. Süt ve süt mamüllerinin tüketimi yılda kişi başına 114,2 kg dir. Bu sayılara bakarak çocuk yaşlarında ve yetişkinlere de yanlış beslenmenin yaygın olduğunu söyleyebiliriz.

Ekonomik sorunlar ve eğitimsizlik böylece toplum kalkınmasının temel direği olan çocuklarımızın ilk yıl içerisinde ölmesine ve ilerdede iş gücü kaybına yol açmaktadır.

Yüksek Öğrenim Gençliğinin Beslenme Sorunu

İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu
“Beslenme” konulu araştırma gurubu

Ülkemizde halk sağlığına yönelik araştırmalarda, sorunun temelinde «yetersiz ve dengesiz beslenme»nin yatmakta olduğunu görmekteyiz. Ayrıca geniş yığınlara yönelik olmayan ters sağlık politaksı yüzünden SOSYAL TIP değil de TEDAVİ EDİCİ hizmetlere ağırlık verilmesi, halk sağlığını her geçen gün fazlasıyla tehdit etmektedir.

Beslenme sorununu diğer toplumsal sorunlardan ayrı düşünmek olanaksızdır. Çözümü de bu bütünlük içersinde aramamız gerekir. Biz, bu yazımızda gençliğin —özellikle YÜKSEK ÖĞRENİM GENÇLİĞİ'nin— beslenme sorununu dile getirmek istedik. Bu yaklaşım bile, sorunun halkımız için de, yüksek öğrenim gençliği için de, aynı temelden geldiğini gösteriyor.

Beslenme sorununu ele alırken baş vurulan kriterlere baktık olursak, ülkemizin gerçekten genç bir nesil ihtiva ettiğini görürüz. Şöyleki, ülkemizde bebek ölüm hızı ‰ 153 iken, 0—5 yaşlar arası ölümler tüm ölümlerin ‰ 50.9 unu kapsamaktadır. Ayrıca genel nüfusumuzun yaşsal dağılımı bu yargıyı doğrulayacaktır. 0—24 yaşlar arası nüfusun, genel nüfusta % 61.4 olması, ülkenin yarısının diğer yarısına bakmakla, onu topluma kazandırabilmekle yükümlü olduğunu gösterir.

En önemli kriterlerden biri olan ortalama ömür süresi ülkemiz için beklenenin de altındadır. Tüm diğer geri bıraktırmış ülkelerde olduğu gibi bu değer, «46 yıl» olarak bile farklı yorumlar getirmektedir. Yorumların farklı olması bir yana, şu gerçeği göz-

lerden uzak tutamayız; Bir ülkenin geleceğinin en büyük güvencesi toplumun en dinamik gücü olan gençliğin sağlıklı bir şekilde yetiştirilebilmesidir. Bu ise, herşeyden önce «yeterli ve dengeli beslenme»yi gerektirir.

1ABLO 1 Kaynak : Devlet İstatistik Enstitüsü.

GENEL NÜFUSUN YAŞSAL DAĞILIMI

Yaş :	Genel nüfustaki yüzdesi
0—14	% 41.1
14—24	% 20.3
0—24 yaşlar	% 61.4
24—64 yaşlar arası	% 34.2
65 ve yukarı yaşlar	% 4.4

Yeterli beslenme'den amaç; gerek vücudun kendi fonksiyonları için, gerekse hareket ve iş sırasında harcanan enerjinin **kalori karşılığı** olarak sağlanmasıdır. Bu gereksinme ise, karbonhidrat, yağ ve proteinlerden temin edilecektir. Bu besin maddelerinin dengeli bir tüketimi (% 55—60 KH, % 30 yağ ve % 10—15 proteinlerden), **yeterli ve dengeli beslenme'yi** gerçekleştirecektir. Yani, yeterli ve dengeli beslenme, «salt kalori elde etme» değil, ancak dengeli besin tüketimini içerir.

Ülkemiz için söz konusu olan beslenme sorununda, temel neden; **PROTEİN YETERSİZLİĞİ'**dir. Bireylerin «salt kalori elde etme»ye yönelmeleri, protein kaynaklarının —bilhassa hayvansal protein kaynaklarının— tamamen kişinin satın alma gücüyle ilgili oluşundandır. Et, süt, yumurta, balık gibi besin maddelerinden uzak bir beslenme, boş kalori kaynakları olan tahıl ve benzeri karbonhidrat kaynaklarına eğilimi yaratır. Kişiler belki doymaktadırlar ama; en görünür düzeyde «**PROTEİN AÇLIĞI**» söz konusudur. Bu ise vücudun entellektüel gücünü yitirmesi, her geçen gün doku ve hücrelerin yıkıma uğraması ile «**GİZLİ AÇLIK**»ı daha da görünür kılacaktır.

Ülkemiz bireylerinin yetersiz satın alım gücü nedeniyle yetersiz ve dengesiz beslenmeye itilmeleri artık karşı çıkılamayan bir gerçek olmuştur. Bu gerçek daha da kendini gösterirken, ülke olarak hepimizi ilgilendiren ikinci bir gerçek vardır; **GENEL NÜFUSUN % 61.4 ÜNÜN 24 YAŞIN ALTINDA OLUŞU** ile genç bir nesilden oluşmuş bulunuyoruz. Genç bireylere ait enerji ihtiyacı nasıl farklı ise, aynı şekilde protein —bilhassa hayvansal protein— ihtiyacı da daha üst düzeydedir. Hayvansal protein yetersizliği, direkt olarak bireyin zeka ve mental gelişimini hedef almaktadır.

Bu da, beslenme sorununun bir ülkenin geleceği açısından —da-
ha çok ülkemiz gibi geri bırakılmış, genç nesilden oluşan tüm
ülkelerin geleceği açısından— ne denli önem taşıdığını vurgula-
maktadır.

Araş tırma gurubu olarak, İzmir — Bornova Öğrenci Yurtla-
rında yaptığımız anket, beklenenin çok altında veriler getirdi.
Farklı yaşam süreçleri gösteren öğrenci gruplarında, bireye ait ay-
lık gelir farklı, bireye ait tüketim apayrıydı. Yani, ele aldığımız
kitle, tamamen halkımızın küçük bir bölümüydü.

Öğrencileri, aylık gelirlerine göre üç gruba ayırdık. Bu grup-
lar içinde en geniş grubu aylık geliri 550—750 TL. arasında olan-
lar oluşturmaktaydı. (% 54.0). Öğrencilerin % 28.4'ü 800—1000 TL.
arasında, % 17.6'sı 1000 TL'nin üstünde aylık gelire sahip bulun-
yordu. Ayrıca öğrencilerin tümü ele alınırsa ortalama % 60 oran-
da krediden yararlandıklarını gördük. Krediden yararlanma ora-
nı, aylık geliri düşük olan grupta % 78.9 iken, aylık geliri 1050—
1250 TL. arasında olan gruplarda % 42.4 olarak belirleniyordu.
Ankete katılan kişi sayısı 228. Anketin yapıldığı tarih Kasım 1975.

Tablo 2

Aylık geliri :	Popülasyondaki % si	Krediden Yararlanma oranı
550—750 TL	54.0	% 78.9
800—1000 TL	28.4	% 58.3
1050—1250 TL	15.6	% 42.4
1250 TL'nin üstünde	2.0	—

Öğrencilerin krediden yararlanmaya gösterdikleri eğilimi ay-
nı oranda tabldot yemeklerde görmekteyiz. Bu zorunlu eğilimin
asıl nedeni ise, kredilerin yetersiz oluşu olarak gösteriliyor. Ör-
neğin, tabldottan her gün yararlanma oranı; aylık geliri 750 TL'-
nin altında olanlarda % 70.3, 1000 TL'nin üstünde olanlarda ise %
30.3 Böyle bir zorunlu eğilim, öğrencilerin beslenmelerini tabldot
yemeklerin insafına bıraktıklarını vurgulamaktadır.

Tablo 3
Tabldottan yararlanma % si

Aylık geliri :	Haftada «O»	Haftada 1-2	Haftada 3-5	Hergün
550—750 TL	10.5	4.5	14.7	70.3
800—1000 TL ...	12.5	10.5	8.9	68.1
1050—1250 TL ...	21.6	33.0	15.1	30.3

Yurtlarda ve fakültelere ait yemekhanelerde çıkmakta olan tabldot yemekler, günde iki öğün verilmekte olup ücret 4.00 TL. dir. Yöneticilerin uyguladıkları diyet, Milli Eğitim Bakanlığının Orta Öğrenim gören öğrencilere ait gramaj listesine uygun olarak ele alınıyor. Ancak bu listedeki değerlerin altında bir uygulama söz konusu... Örneğin, etli yemek için belirtilen et miktarı 150--200 gr olarak belirtiliyor, kişi başına düşen et miktarının söz konusu gün için 10 gr'ı geçtiği söylenemez. Kısacası, tabldot yemekler tam anlamıyla karbonhidrata dayalı bulunuyor.

Tabldot dışında öğrencilerin dışarda yiyerek tükettikleri hayvansal protein düzeyini görebilmek için, yaptığımız yaklaşımda şu verileri aldık;

Aylık geliri :	Hergün Etli Yemek
550—750 TL	% 11.6
800—1000 TL	% 19.7
1050—1250 TL	% 56.0

Yukardaki örnekte de olduğu gibi öğrenciler, aylık gelirlerinin el verdiğince hayvansal protein kaynaklarından yararlanıyorlar. Yani, bunu yapabilmeleri için ille de BESLENME EĞİTİMİ gerekmiyor, elindeki maddi olanaklara göre hayvansal protein tüketimi görülüyor. Satın alma gücü düşük olan bireylere istediğimiz kadar beslenme eğitimi verelim, sonuç aynı olacaktır ki, biz ele aldığımız bu öğrenci yığınının gerekli beslenme eğitimine sahip olduğunu saptadık.

Öğrencilerin tümü ele alındığında % 16.6 sınıfın yumurta, % 24,2 sınıfın süt, % 15.2 sınıfın peynir tüketiminden uzak olduğunu gördük. Bu oranlar aylık geliri düşük olan gruplarda daha da alt düzeylerdedir.

200 cc. lik şişe halinde SÜT TÜKETİMİ

Aylık geliri :	Haftada «O»	Arasında	Hergün 1—2 Defa
550—750 TL	34.6	56.7	18.3
800—1000 TL	27.5	62.0	10.5
1050—1250 TL	10.5	78.9	10.6

Tablo 4 : Farklı aylık gelir gruplarındaki SÜT tüketim sıklığı. (%)

125 gr lık porsiyonlar halinde PEYNİR tüketimi

Aylık geliri :	Haftada «O»	Arasında	Hergün 1—2 Defa
550—750 TL	5.2	76.5	18.3
800—1000 TL	25.2	44.2	30.6
1050—1250 TL	—	67.5	32.5

Tablo 5 : Farklı aylık gelir gruplarındaki PEYNİR tüketim sıklığı. (%)

Sayı olarak YUMURTA tüketimi

Aylık geliri :	Haftada «O»	Arasına	Hergün 1—2 Defa
550—750 TL	22.3	73.3	4.4
800—1000 TL	10.0	68.2	11.8
1050—1250 TL	17.3	68.0	14.7

Tablo 6 : Farklı aylık gelir gruplarındaki YUMURTA tüketim sıklığı (%)

Hayvansal protein kaynaklarının tüketiminden uzak beslenmede, günlük enerji açığı karbonhidratlar ile kapatılıyor. Kapatılamayan açık varsa, o da PROTEİN AÇIĞI; kişinin entellektüel gücünü tehdit eden bu açığın kapatılması tamamen bireyin satın alma gücünün sağlanması ile gerçekleşecektir.

Günlük Ekmek Tüketimi

Aylık geliri :	250 gram	375 gram	500 gram	625 ve daha fazla
550—750 TL	24.5	33.3	25.4	16.8
800—1000 TL ...	22.4	46.5	20.6	10.5
1050—1250 TL ...	57.5	27.2	9.3	6.0

Tablo 7 : Farklı aylık gelir gruplarında EKMEK tüketimi. (%)

Öğrencilerin yetersiz ve dengesiz beslenmeye itilmelerinin nedeni kredilerin yetersiz oluşu ve buna bağlı olarak tabldot yemeklerin karbonhidrata dayalı ve proteinden yoksul olmasıdır.

Öğrencilere verilen krediler 1973 yılından bu yana halen daha 500 TL dir. Yaşam koşullarının (düzenin gereği) olumsuzlaşması yanında, kredilerde hiç bir artış görülmemiştir. Günümüzde, yaptığımız bir hesaplama göre, besin tüketimini dışardan yapmak zorunda olan bir öğrenci için, beslenmeye ayrılması gereken para miktarı, ortalama olarak 697.00 TL'dir. Bu değer yeterli ve dengeli beslenmeyi tam anlamıyla sağlaması için 700—800 TL arasında olması da kesindir. Buna göre öğrenci kredilerinin öğrencinin en doğal hakkı olan yeterli beslenmeye bile yetmediği açıktır. Şayet söz konusu krediler öğrencilerin beslenmesi içinse 750 TL'ya, öğrencinin tüm gereksinimleri içinse en kısa zamanda 1500 TL'ya çıkarılması zorunludur.

	en az	en fazla	tabldot	karma
KAHVALTI :	3.50	5.00	—	4.25
ÖĞLİF YEMEĞİ :				
Etli yemek	4.50	7.00		
Sebzeli yemek	3.50	5.00	4.00	10.50
Meyve—Tatlı	3.50	4.00		
TOPLAM	11.50	16.00		

AKŞAM YEMEĞİ :

Benzer şekilde;	8.50	13.00	4.00	8.50
-----------------	------	-------	------	------

GÜNLÜK TOPLAM

Harcama miktarı :	23.50	34.00	(12.00)	23.25
-------------------	-------	-------	---------	-------

AYLIK TOPLAM

Harcama miktarı :	705.00	1020.00	360.00	697.50
-------------------	--------	---------	--------	--------

AYLIK DEĞER

Üst düzey	705.00—1020.00	863.00
Üst düzeyin alt sınırı ...	697.50—705.00	701.00

ORTALAMA DEĞER ...**697.00**

Alt düzey	360.00—697.50	529.00
-----------------	---------------	--------

Alt düzeyin alt sınırı ...	360.00—529.00	445.00
----------------------------	---------------	--------

Tablo 8 : Yurtta kalan öğrenciler üzerine yapılan ankete bir yaklaşım olmak üzere harcama tablosu.

Öğrenciler söz konusu edildiğinde, «gençlik siyasete katılmalı mı? katılmamalı mı?» sorusundan öncelikle «GENÇLİK DOYUYOR MU?» sorusu gelmelidir. Baştan beri verdiğimiz değerler de bunu kanıtlıyor. Şayet ülkede gençliğin günümüz düzenine tepkisi varsa —ki vardır— bunu diğer olgulardan soyutlayamayız. Beslenme sorunu da diğer toplumsal sorunlarla tümüyle içiçedir. Buradan hareketle, çözümü kredilerin arttırılması, tablodotların gereken düzeye çıkarılması olarak görmüyoruz. Gençlik, öğrenci gençlik halkımızın kopmaz birimidir. Halkımızın ne zaman beslenme sorunu, diğer tüm toplumsal sorunlarla çözümlenecekse gençlik için de bu çözüm söz konusu olacaktır.

Başta da belirtildiği gibi, bir ülkenin güvencesi, toplumun en dinamik gücü olan gençliğin en iyi şekilde yetiştirilebilmesidir. Ülke nüfusunun yarısı diğerine bakmak, yetiştirmek zorunda olduğu günümüz Türkiyesinde, beslenme sorunu varsa, yoksul halkımızın sorunu olarak hükmünü sürdürmektedir. Çözüm ise, halkımızdan yana, halkımızın içinden gelen bir çözüm olacaktır. Yani, çözümü, sorunun içinde bulunanlar getirecektir. Çözümü, halkımızın kendi demokratik iktidarı getirecektir.

İş Kazaları ve İş Güvenliği

Dr. Ahmet ÇELİKKOL

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kürsüsü Uzman Asistan

İş kazası, «işyerinde bir zarara, bir yaralanmaya -hatta ölüme- yol açabilen, beklenmeyen, kontrol edilemeyen, planlanmamış, istenmeyen bir olaydır (1). İşyerinde, üretimi azaltması, bir süre durdurması, maddesel zararlar vermesi yanında, bir veya birden fazla işçiyi bir süre hasta, çalışamaz duruma getirmesi sakat bırakabilmesi, ölümlere neden olabilmesi, bu kazaların iş güvenliği açısından ele alınmasını gerektirmektedir. Burada, çalışma sırasında iş kazaları olduğunda, kazaya uğrayan işçilerde güvensizlik duygularının gelişebileceği, hatta kaza sonu bedensel bozukluk - sakatlık - kadar ruhsal bozuklukların da ortaya çıkabileceği belirtilmelidir. Bunun yanında, böyle bir kazanın, kazaya uğramayan işçileri de etkileyebileceği, güvensiz, tedirgin ve korkulu bir duruma getirebileceği kabul edilmelidir.

Kuşkusuz, iş kazalarının belirli bir nedeni vardır, başka deyişle, iş kazaları hiçbir zaman kendiliğinden olmaz. Neden-sonuç ilişkisi burada da geçerlidir, iş kazaları belirli nedenlerin yol açtığı sonuçlardır. Nedenler ortadan kaldırıldığında, kazaların da ortadan kalkacağı kuşkusuzdur.

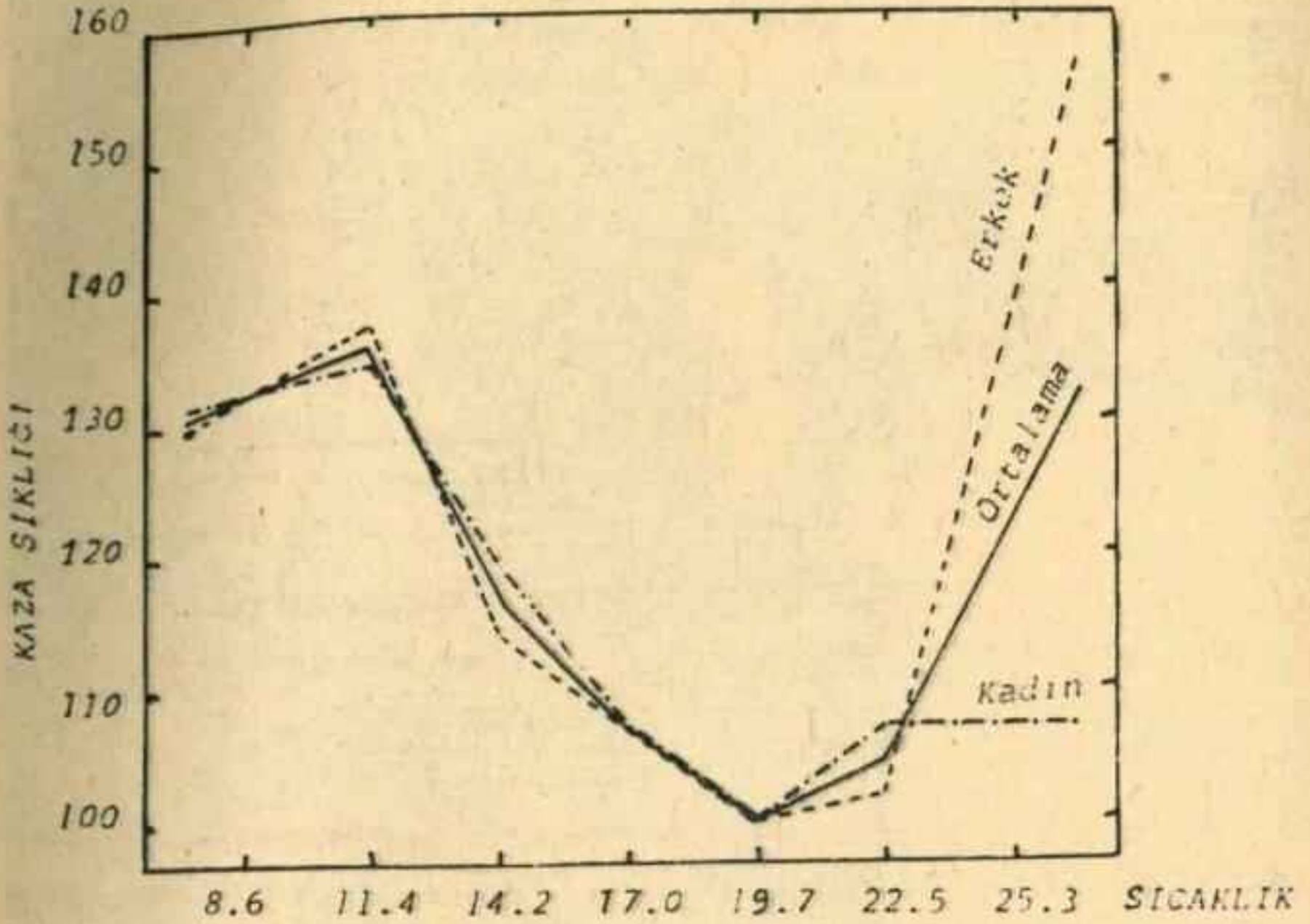
KAZALAR NASIL ÖNLENİR?

İş kazalarının ortaya çıkmasına neden olan makina ile ilgili etkenler ortadan kaldırılmalıdır. Bunun için, makina, kazaya yol açmayacak özellikte olmalı, çalıştırılması sırasında bakımı iyi yapılmalı ve bu özellik ve bakımları iş güvenliği kurumları tarafından düzenli olarak denetlenmelidir. Kazaya neden olabilecek, iş yeri çevre koşullarının düzeltilmesi gerekir. İşyerinde kaygan, kirli bir tabana basarak yürüyen, yürürken bu kayganlık nedeniyle düşüp yaralanan işçi, iş kazalarının oluşmasında çevresel



İş kazalarına yol açan nedenler arasında, yapılan işde yeteri kadar usta olmama önemli yer tutmaktadır. İşe yeni başlayanlar fazla kaza yapmaktadır. Küçük yaşta çalışmak zorunda kalan küçük çocuklar «Kaçak» çalışmakta bunlar iş kazası yaptıklarında sigortalı olmadıklarından gerekli tıbbî bakımı bile görme şansına sahip olamamaktadırlar.

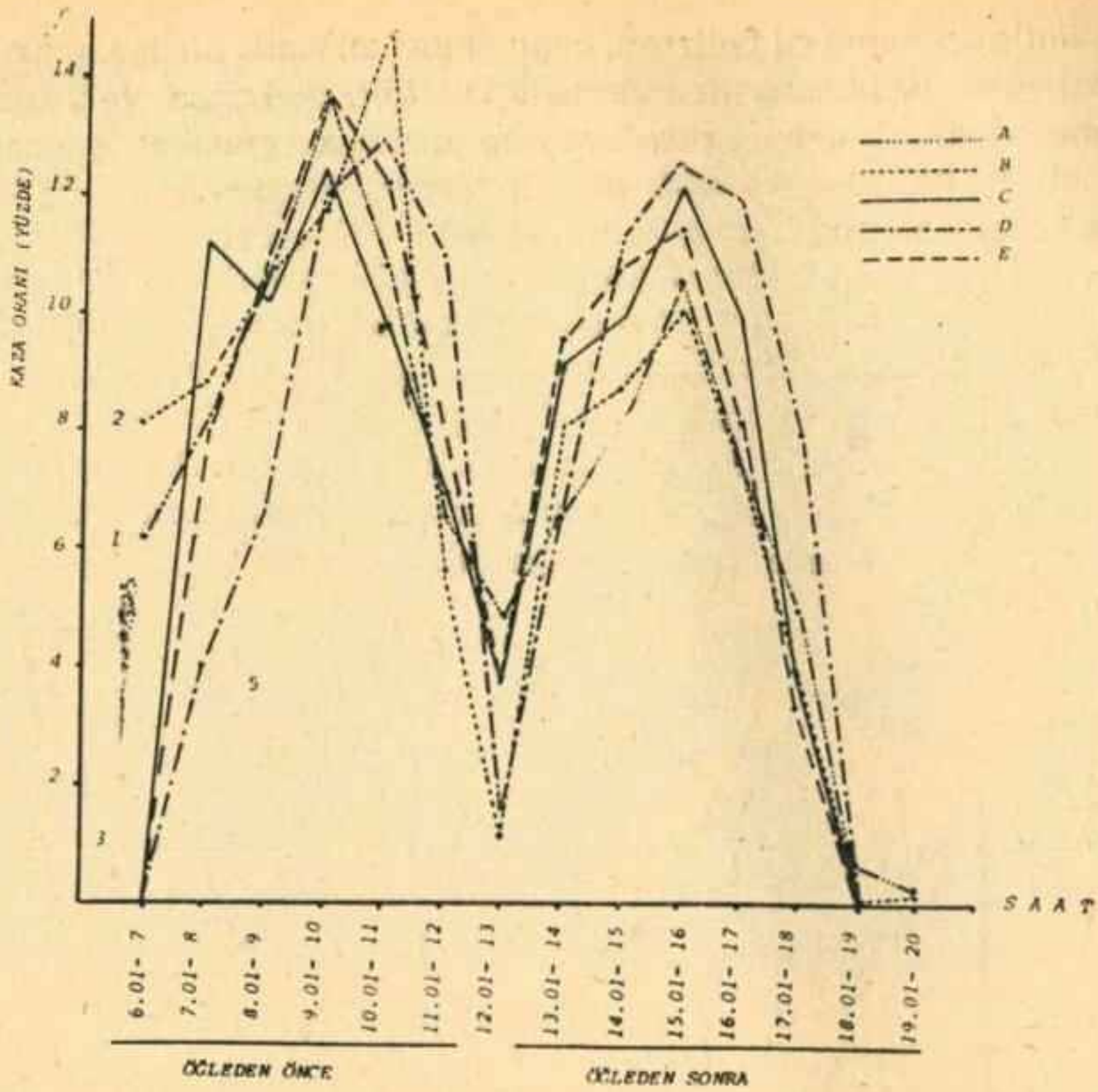
koşulların önemini belirten, basit fakat anlamlı bir iş kazası örneğini verir. İş kazalarını önleme açısından, işyerinin iyi aydınlatılması, sıcaklığın en uygun derecede tutulması gerekir. İşyerinde sıcaklığın 18—20 derecenin altında veya üstünde olması durumunda, iş kazalarının arttığı bilinmektedir. (Şekil 1).



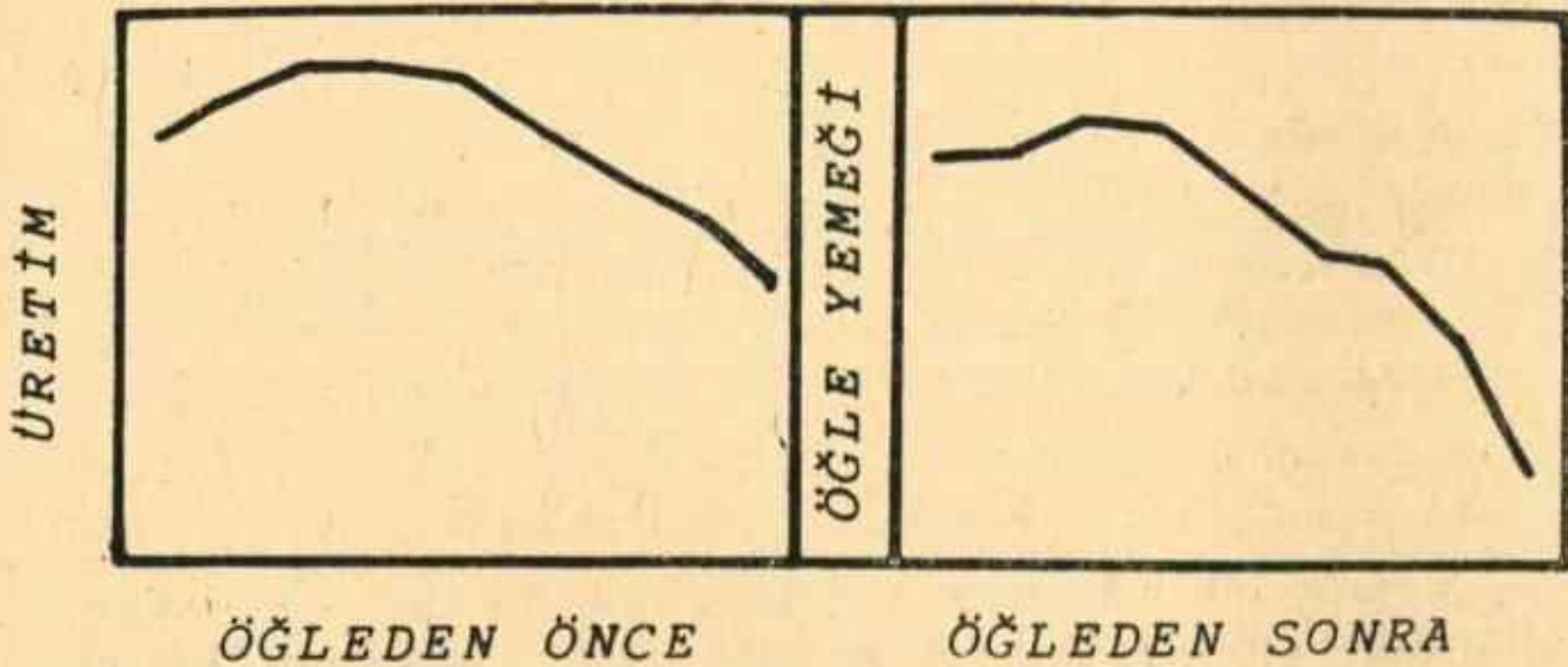
İşyeri sıcaklığının, iş kazalarına etkisi. Çalışma için en uygun işyeri sıcaklığının 19—20 derece olduğu görülmektedir. Bu sıcaklıkta iş kazaları en düşük düzeye inmiştir. Bunun altındaki ve üstündeki sıcaklıkta iş kazalarının arttığı görülmektedir.

Yorgunluk, iş kazalarını artıran bir etkidir. Çalışma sırasında, yorgunluğun sabah 3—4 saat çalıştıktan sonra, başka deyişle öğleye yakın arttığı saptanmıştır. Öğleden sonraki çalışmada da, çalışma başladıktan birkaç saat sonra, gene yorgunluğa bağlı olarak iş kazaları artmaktadır (Şekil 2).

İş kazalarının, çalışma saatleri içinde yorgunluğa bağlı olarak artması, aynı zamanda işyerinin üretimi ile de bağlantılıdır. Üretim öğleden önce ve sonraki çalışmada, çalışma başladıktan kısa bir süre sonra en yüksek düzeye ulaşmakta, sonra giderek azalmaya başlamaktadır (Şekil 3). Üretimin bu şekilde bir eğri çizmesi ile kazaların şekil 2'de gösterilen artma ve azalması arasındaki yakınlık açıktır. Yorgunluk, iş kazalarını artırmakta, buna paralel olarak üretim de azalmaktadır. Kuşkusuz burada yor-



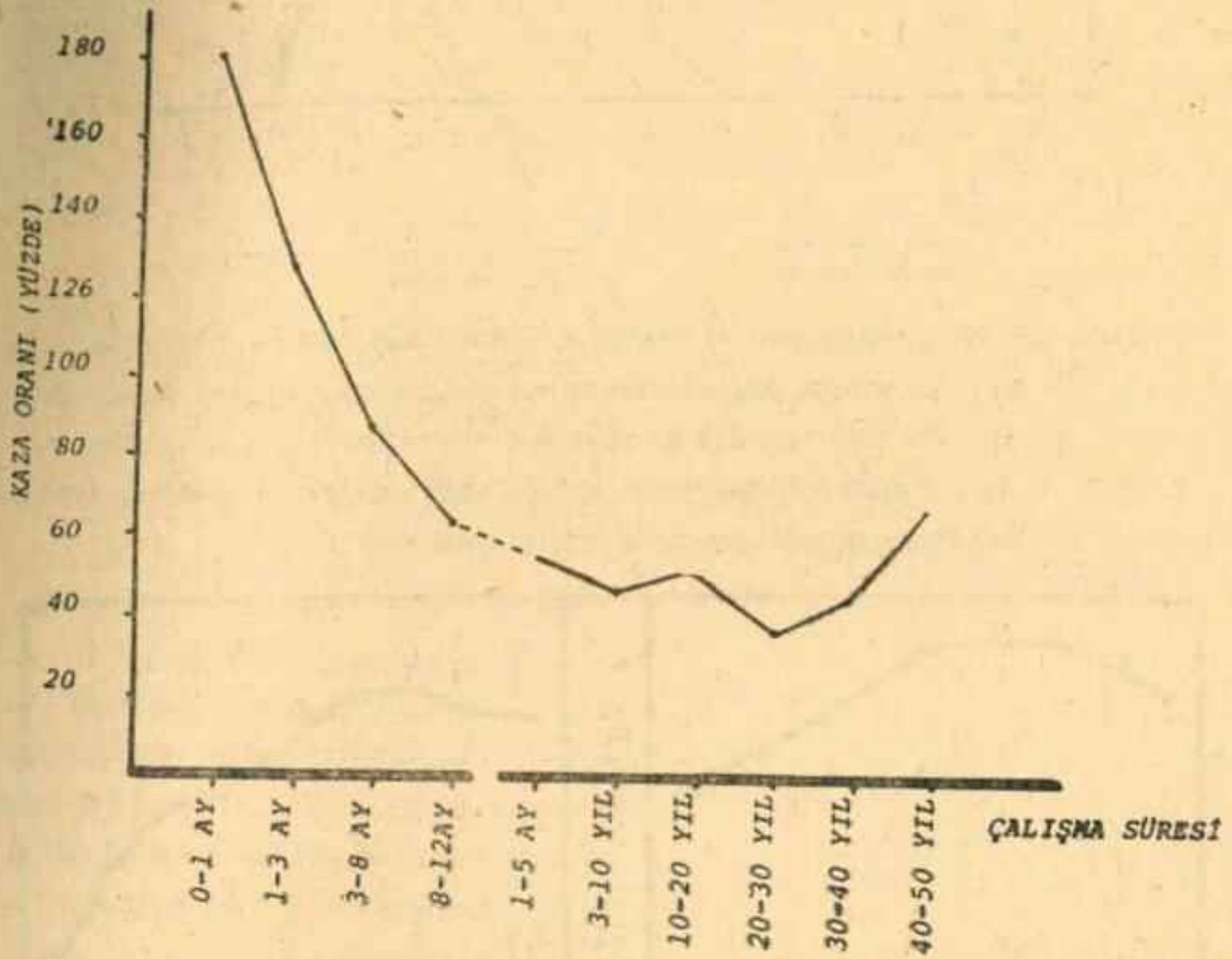
Çalışma sırasında yorgunluğun iş kazalarına etkisi. Beş fabrika örneğinde (A.B. C.D.E), öğleden önce çalışmaya başladıktan sonra iş kazaları artmaya başlamakta, 3—4 saat sonra, yani öğle tatiline yakın en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Öğleden sonraki çalışmada da aynı durum görülmektedir. İş kazalarının en yüksek düzeye ulaştığı saatler, çalışma nedeniyle yorgunluğun iyice arttığı saatlerdir.



Öğleden önceki ve sonraki çalışmada üretim. Üretim çalışmaya başladıktan kısa bir süre sonra en yüksek düzeye çıkmakta, sonra yavaş yavaş azalmaya başlamaktadır. Öğleden sonraki çalışmada, üretimdeki düşüş daha hızlı olmaktadır. Üretimdeki bu özelliğin baş nedeni yorgunluktur, şekil 2 ile karşılaştırıldığında, iş kazaları ile üretim arasındaki bağıntı görülebilir.

gunluktan başka etkenler de bulunabilecektir, fakat esas neden yorgunluktur.

İş kazalarına yol açan nedenler arasında, yapılan iş'te yeteri kadar usta olmama önemli yer tutmaktadır. İşe yeni başlayanlar fazla kaza yapmakta, çalışanlar ustalaştıkça kaza yapma olasılığı azalmakta, 20—30 yıl çalıştıktan sonra kaza sayısında artma görülmektedir. 20—30 yıl çalıştıktan sonra kaza yapmanın artmaya başlaması yaşlanma ile ilgili görülmektedir (Şekil 4). Bu durumda, iş kazalarını önlemede, ustalığa önem verilmesi ve çalışan yaşlandıkça iş kazalarının artması dikkate alınarak gerekli önlemlerin alınması gereği ortaya çıkmaktadır.

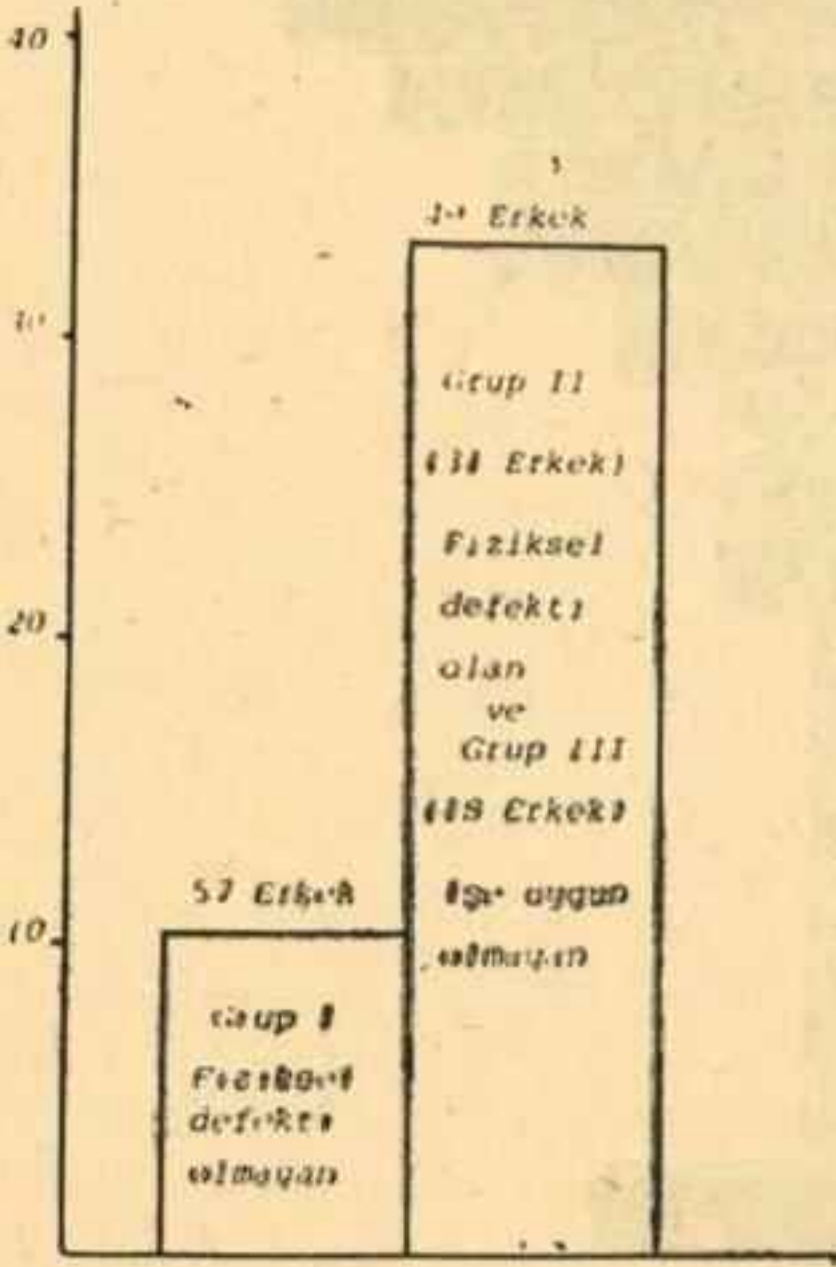


Yapılan iş'te ustalık kazanmanın iş kazalarına etkisi. Çalışma için henüz ustalık kazanmamış ilk aylarda iş kazaları yüksek olmakta, sonra ustalık kazanıldıkça iş kazası giderek azalmaktadır. Aynı işte 3—20 yıl çalıştığında iş kazası en az düzeyde yapılmakta, 20—30 yıl çalıştıktan sonra da iş kazaları tekrar artmaya başlamaktadır. Çalışmanın ilk yıllarında iş kazalarının azalması, çalışmada ustalık kazanılmasıyla ilgilidir. 20—30 yıl çalıştıktan sonra iş kazalarının tekrar artmaya başlaması, yaşlanmanın etkisiyle olmaktadır.



Verimli çalışmanın, ön koşullarından biri, bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı ol-

maktır. Bedensel bir hastalığı olan kişilerin daha çok iş kazası yapacakları kuşkusuzdur. Şekil 5'de iş kazaları açısından bedensel bozukluğu olan 49 erkek işçi, bedensel bozukluğu olmayan 57 erkek işçiyle karşılaştırılmaktadır. Bedensel bozukluğu bulunan grubun 3 kat daha fazla iş kazası yaptığı görülmektedir. Bu durumda, kazaları azaltma yönünden, bedensel sağlığın önemi açıkça belirmekte, herhangi bir rahatsızlığı olduğunda çalışanın muhakkak tedavi edilmesi, bedensel sağlığına tam ya başlamaması gerektiği orolarak kavuşmadan çalışmaya çıkmaktadır.



Bedensel bozukluğu bulunmayan 57 erkek işçi ile, bedensel bozukluğu bulunan ve işe uygun olmayan 49 erkek işçinin iş kazaları yönünden karşılaştırılması. Bedensel bozukluğu bulunan işçilerin 3 kat daha fazla iş kazası yaptıkları görülmektedir.



Burada değinmemiz gereken diğer bir konu bazı kişilerin sık kaza yapmaya eğilimli olduğunun bilinmesidir. Şekil 6, sık kaza yapmaya eğilimli taşıyan, başka deyişle çok kaza yapmış olan kişilerin hangi nedenlerle çok kaaz yaptıklarını göstermektedir. Ka

YÜZDE

1	KUSURLU DAVRANIŞ	14	
2	MUHTEMEL TEHLİKEYİ SEZEMEME	12	
3	HIZ VE UZAKLIĞI AYARLAYAMAMA	12	
4	DÜŞÜNMEYEN HAREKET	10	
5	SORUMSUZLUK	8	
6	DİKKATİ SÖRDÖREMEME	8	
7	SINIRLILIK VE ENDİŞE	6	
8	GÖRME KUSURU	4	
9	BEDENSEL HASTALIK	4	
10	YAVAŞ TEPKİ	4	
11	TANSİYON YOKSEKLİĞİ	2	
12	YAŞLILIK	2	
13	ÖZÜNTÜ VE DEPRESYON	2	
14	ÇABUK YORULMA	2	
15	DİKKATİN UYGUNSUZ YÖNELİMİ	2	
16	TECRÜBESİZLİK	2	
17	DİĞER	6	

0 3 6 9 12 15

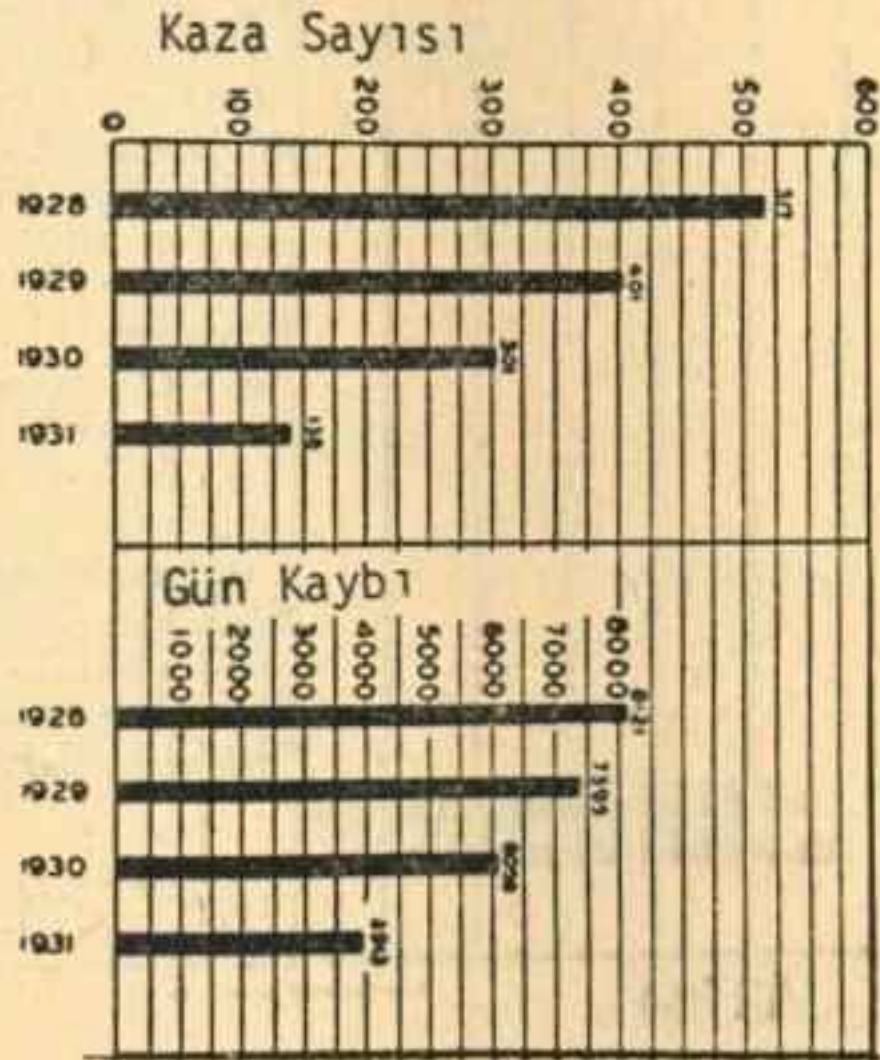
Çok iş kazası yapan başka deyişle kaza yapmaya eğilimli kişiler olarak nitelenen grubun, kaza yapma nedenleri.

za yapma nedeni olarak belirlenen, sinirlilik, endişe, görme kusu- ru, bedensel hastalık, kan basıncı (tansiyon) yüksekliği, üzüntü, depresyon, tecrübesizlik gibi etkenler ortadan kaldırılırsa, bu ki- şilerin çok kaza yapmalarının önleneyeceği belirtilmelidir. Bu du- rumda, «işçi sağlığı» kavramının boyutları büyümekte, çalışanın bedensel ruhsal ve sosyal yönden muhakkak tam sağlıklı olması gereği ortaya çıkmaktadır. İşçinin bedensel, ruhsal ve sosyal yön- den tam sağlıklı olmaması; bu rahatsızlığı nedeniyle acı çekmesi, sağlıksız yaşaması, tedavi edilmediği müddetçe rahatsızlığının art ması bir yana, yaralanmasına belki de ölmesine yol açabilen iş kazalarına neden olabilmektedir. Burada çalışanın bedensel, ruh- sal ve sosyal yönden tam sağlıklı olarak çalışmasının buradaki ko numuz olan iş kazaları yönünden önemi açıkça göstermekte, işçi tam sağlıklı olursa iş kazalarının muhakkak azalacağı ortaya çık- maktadır.

İŞ KAZALARINI ÖNLEME ÇALIŞMALARI

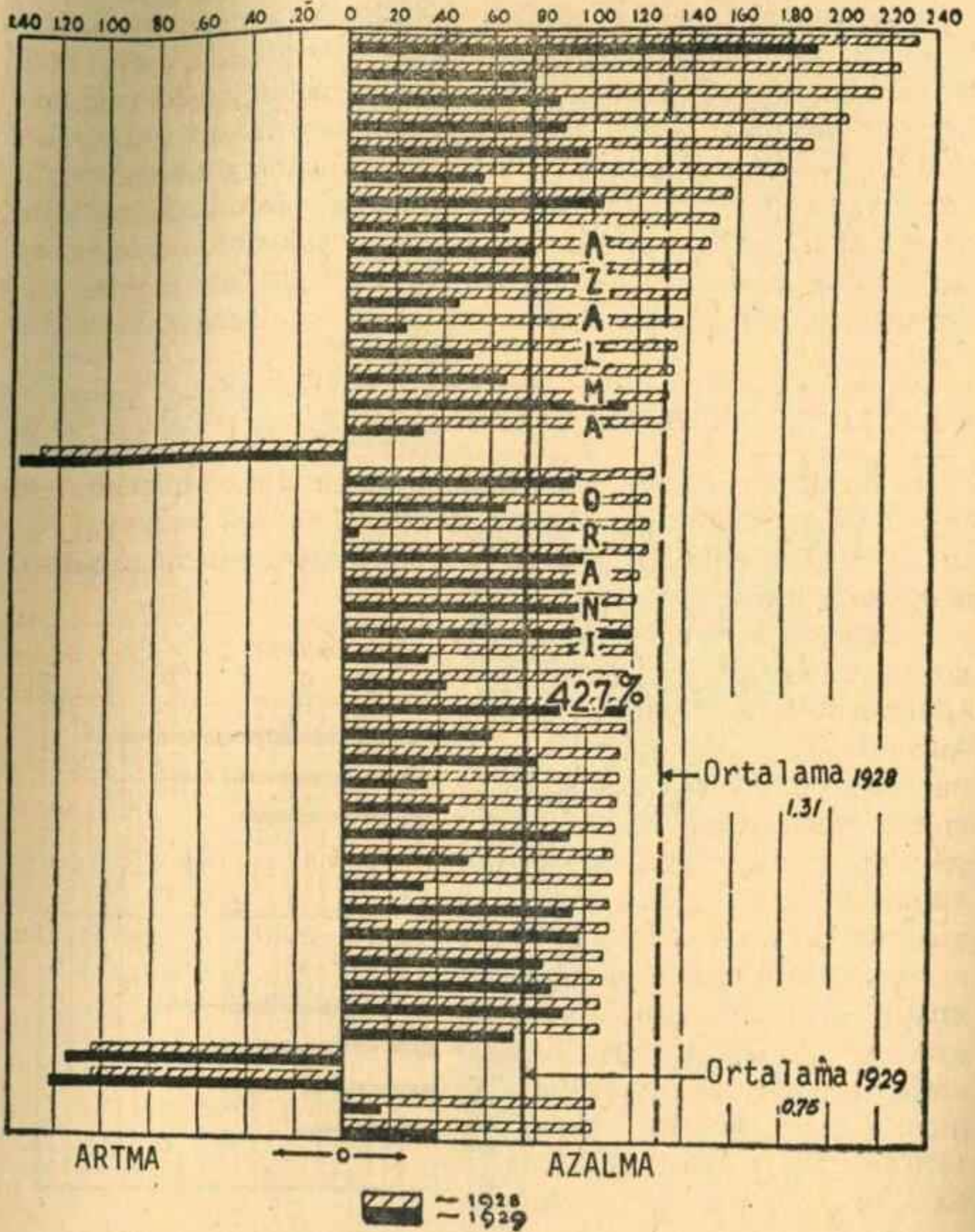
İş kazaları yukarıda değindiğimiz nedenlerle endüstrinin en önemli sorunlarından biri haline gelmiştir. Teknik ve sosyal bi- limler, özellikle endüstri psikolojisi iş kazalarını önleme çabaları- na girişmişlerdir.

Örneğin Amerika Birle- şik Devletlerinde bir elektrik işletmesinde, 1928 yılında, iş kazalarını önleme konusun- da yoğun önlemlere başvu- rulmasıyla alınan sonuçlar şekil 7'de görülmektedir. 1928 yılında 517 olan iş kazası sa- yısı, 1929'da 401'e, 1930'da 301 e, 1931 yılında da 136'ya in- miştir. Aynı işletmede, iş ka- zalarının yol açtığı 1928 yı- lında 8121 gün olan çalışma gücü kaybı 1929'da 7395'e 1930'da 6050'ye 1931 yılında da 3913'e inmiştir. Bu örnek, işyerinde uygun önlemlerle iş kazalarının önemli oranda azaldığını açıkça göstermek- tedir.



İş kazalarını önleme konusunda alınan sonuçlar. 1928 yılında, fabrikada iş kazala- rını önleme çalışmaları yapıldıktan sonra 1928'de 517 olan kaza sayısı, 1931'de 136'ya inmiştir. Aynı şekilde, kazalara bağlı gün sayısı, 1928 yılında 8121 iken, 1931 yılında 3913'e düşmüştür.

KAZA SIKLIĞI



Sık kaza yapan 44 taşıt sürücüsünde, kazaları önleme konusunda eğitim verildikten sonra alınan sonuçlar. 44 taşıt sürücüsünden sadece 3'ü, eğitim sonrası daha fazla kaza yapmış, 41'inde ise kaza sayısı eğitim sonrası % 1.31'den % 0.75'e düşerek % 42.7 oranında azalmıştır.

Yukarıda değindiğimiz , sık kaza yapmaya eğilimli başka deyişle sık kaza yapan kişilere, iş kazalarını önleme konusunda yeterli bir eğitim verildiğinde, daha az iş kazası yapmaya başladıkları bilinmektedir. Örnek olarak şekil 8'de motorlu taşıt araçları kazaları konusunda, 1928—1929 yıllarında yapılan bir araştırmaya değinelim. 44 taşıt sürücüsünün 1928 yılında yaptıkları iş kazası ortalaması % 1,31'dir. Bu 44 kişiye, iş kazalarını önleme konusunda eğitim verildikten sonra 1929 yılında sadece 3 kişinin yaptıkları kazalarda hafif bir artma görülmüş, 41,ini yaptığı kaza ise % 1,31'den % 0,75'e inmiştir. Başka deyişle 1928 yılında % 1,31 oranında olan iş kazası oranı, bu kazayı yapan kişiler iş kazaları konusunda eğitildiklerinde, yaptıkları iş kazası % 42,7 oranında azalmıştır. Bu örnek, iş kazalarını önlemek konusunda uygulanacak eğitimin önemini ve iş kazalarını azaltmadaki yararını açıkça göstermektedir (2).

SONUÇ :

Kısaca özetlersek, iş kazaları, endüstrinin, işçi sağlığının ve iş güvenliğinin önemli sorunlarından birisidir. Yukarıda kısaca değinmeye çalıştığımız, makina, işyeri koşulları, çalışanın bedensel ve ruhsal sağlığı, toplumsal sorunları ile ilgili kaza nedenleri ortadan kaldırıldığında iş kazalarının büyük oranda azalacağı kuşkusuzdur.

KAYNAKLAR :

1. Erkan, C. : İş Sağlık Ders Kitabı. Ankara Üniversitesi Yayını 225, Ankara, 1969.
2. Viteles, M.S. : Industrial Psychology. Lowe and Brydone (Printers) Ltd., London, S. 325—393.

...lizasyon Nedir? Niçin Başarısızdır?

Dr. Recep AKDUR

TARİHÇE

23 Nisan 1920'de Ankara'da kurulan TBMM Hükümeti sağlık hizmetlerini yürütmek üzere, 3 Mayıs 1920 de Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti'ni kurmuş ve ilk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar görevlendirilmiştir. O tarihlerde dünyada birkaç ülkede sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlık tarafından yürütülmekteydi. Ülkemizde bu yönde bir girişimde bulunulması zamanın hükümetinin konuya verdiği önemi ve ileri görüşlülüğünü göstermektedir.

Daha sonra Cumhuriyet ilan edilmiş ve Cumhuriyet hükümetinin ilk sağlık bakanı olarak, Dr. Refik Saydam görevlendirilmiştir. Dr. Refik Saydam Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve koruyucu hekimlik esaslarının yerleşmesinde büyük emek sarfetmiş ve bu nedenle de sağlık tarihimizde önemli bir yer edinmiştir.

() dön emlerde tedavi edici ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin bir elden yürütülmesi henüz hiçbir ülkede düşünülmemiş ve uygulanmamıştı. Bu nedenle, koruyucu hekimliğe gereken önem veren, Dr. Refik Saydam bu iki hizmetin bütünleştirilmesi yönünden bir girişimde bulunamamıştır. Sağıtım (tedavi) hizmetleri yönünden sadece belediyelere ve özel idarelere yol göstermekle yetinmiştir.

Refik Saydam koruyucu hekimlik hizmetlerine daima daha büyük bir önem vermiş, hatta tedavi hizmetlerini bir hükümet görevi olarak ele almamıştır. Bu konuda, daha ziyade mahalli idarelere, yol gösterici olmayı yeğlemiştir. Bu erekle Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da SSYB'na bağlı Numune Hastaneleri kurmakla yetinmiş, belediye ve özel idareleri hastane açmak için teşvik etmiştir.

Cumhuriyetten önce her il merkezinde Guraba Hastanesi adı altında bir hastane vardı. Buralarda hasta muayene ve tedavisi ücretsiz yapıldı. Cumhuriyet'ten sonra bu kuruluşların

yönetimi yine eskiden olduğu gibi il özel idarelerine ve belediyelere bırakılmıştır.

Refik Saydam döneminde, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, insan gücü politikasına önemli bir yer verilmiştir. Bu erekle 1924 yılında tıp fakülteleri mezunlarının tümünü kapsayan mecburi hizmet kanununun yanı sıra, yatılı tıp talebe yurtlarının açılması sağlanmıştır. Böylece, sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için gerekli olan, yeterli sayı ve nitelikte sağlık personelini yetiştirme yolunda ilk adımlar atılmıştır. Kamu sektöründe çalışan sağlık personelinin idaresi tek elde toplanarak SSYB'ne verilmiştir. Özel idare ve belediyeler sadece yapı ve hizmetleri finanse eden kurumlar, haline getirilmiştir.

Refik Saydam'ın getirdiği yöntemlerden biri de hastanede çalışan hekimlere daha düşük ücret uygulamasıydı. Böylece parasal yönden, koruyucu hekimlik hizmetleri daha cazip hale getirilmeye çalışılmış ve hekimlerin bu yöne kaymaları sağlanmıştı.

1929 yılında Etimesgut'a İçtimai Hıfıssıhha Dispanseri kurularak ufak bölgelerde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerini bir arada yürütme amacına yönelinmiştir. O tarihlerde Fransa'dan sonra ülkemizle birlikte Yugoslavya ve Rusya'da aynı türden uygulamalar ele alınmıştır. Sonradan aldı Etimesgut Numune Sağlık Merkezi'ne çevrilen bu kuruluş, bu hizmet şeklinin tüm ülkeye yayılması için örnek olarak düşünülmüştü.

1946 yılında toplanan Dokuzuncu Milli Tıp Kongresi'nde bir konuşma yapan, zamanın sağlık bakanı, Dr. Behçet Uz ülkemizi kırk köylük gruplara ayırarak, her grup için, bir sağlık merkezi kurmayı düşünüyoruz» diyordu ve hazırlamış olduğu planı açıklıyordu.

Bu plan koruyucu hekimlik hizmetlerini yaymak ve personelin tüm ülke yüzeyinde dağılımını sağlamak ereğini güdüyordu. Plan gereğince ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor ve kırk köy için (yaklaşık 20.000 nüfus) bir sağlık merkezi öngörüldü. Her sağlık merkezinde acil vakalar için on yatak, iki hekim ve dağıtım hizmetleri ile koruyucu hizmetleri birlikte yürütmek üzere onbir sağlık personeli olacaktı. Ayrıca bölgeler kurulunca, her bölgeye bir tıp fakültesi açılacaktı.

Bu planda, modern sağlık idaresinin temel prensiplerinden olan, koruyucu ve sağıtıcı hizmetlerin aynı örgüte verilmesi ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulması prensibinin kabul edilmiş olduğunu görüyoruz. Böylece koruyucu hekimlik

ile seğıtıcı hekimlik hizmetleri bütünleştirilmek istenmiştir. Sadece bazı kentlerin yararlandığı hizmetlerden, kırsal bölgeninde yararlanması öngörölmüştür.

Dr. Behçet Uz'dan sonra gelen bakanlar bu planı rafa kaldırmışlar ve giderek plan çok yanlış uygulanarak, her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etmeye dönüştürölmüştür. Bugün ise bu kuruluşlar maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaktan ileri gidememiştir.

Geçimini muayenehanesindeki çalışmasıyla sağlamak zö-runda bırakılan sağlık merkezi hekimleri ise halk sağlığı hizmetleriyle hiç ilgilenemedikleri gibi, ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapamaz duruma gelmişlerdir.

1945 yılında kabul edilen 1702 sayılı SSK kanunuyla çalışan birkısım halkın sağlığı sigorta edilmiştir. Ancak sadece sigorta-lıya yapılan sağlık hizmetini finanse eden bir kurum olması gereken SSK'na, hizmet örgütleri kurmasına ve hastaneler açma-sına, izin verilmesi ülke sağlığı açısından olumsuz ve hatalı ol-muştur.

1950 yılında sağlık bakanı olan Dr. Ekrem Hayri Üstündağ, Behçet Uz'un hazırladığı planı tekrar ele almış ve daha da geliştirerek bakanlar kuruluna sunmak üzere iken, kabine dışı bırakılmıştır. Aynı şekilde 1954 yılında tekrar sağlık bakanı olan Dr. Behçet Uz'un ise, bu plandan hiç söz etmemesi çok anlam-lıdır. Bu durum, tüm bu gelişimlerin tesadüfi olmadığını aksine, genel politikanın sağlık politikamıza yansımalarının bir sonucu olduğunu açık bir şekilde göstermektedir.

1953 yılında özel idare hastaneleri devletleştirilmiş ve hasta-ne tedavisi bir devlet hizmeti olarak kabul edilmiştir. Bu karar her il halkının devlet olanaklarından yararlanması ve tıbbi bakım niteliğinin yükselmesine, tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir arada yürütölmesine ortam hazırlaması yönünden ileri bir atılım olmuştur. Ne var ki, bu kararın uygulanabilmesi, yeter sayıda hekim ve yardımcı sağlık personeli sağlanmasına ve tam gün çalışmayı sağlayabilecek bir ücret politikasına bağlı idi. Bu iki konuya gereken önem verilmediğinden, tıbbi bakımın nite-liğinde, göze batar derecede, bir gelişme olmadığı gibi, devlet girişimlerinin tamamen hastaneciliğe yönelmesi nedeniyle, halk sağlığı hizmetlerinin ihmal edilmesi sonucunu doğurmuştur.

Bu ileri atılım dışında, 1950-1960 döneminde, hastaneciliğin gelişmesine büyük önem verilerek, koruyucu hekimlik hizmetle-ri tamamen geri plana itilmiştir.

1960'lara gelindiğinde, kırsal bölgelerde her gün artan sağlık hizmeti talebini, geçici önlemlerle karşılamak olanaksız hale gelmişti. Bu nedenle, yönetimi ele alan 1960 Devrim Hükümeti, ilk beş yıllık planda sağlık hizmetlerine önemli bir yer vermiştir.

Birinci beş yıllık kalkınma planında, sağlık idaresinin temel ilkesinin, halkın sağlık seviyesini yükseltmek olduğu ve bunun içinde halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmişti. Bu ereğe ulaşmak için tedavi edici hizmetler, koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayan bir öge olarak ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde, az sayıda nüfusun faydalandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür.

Bu planda halk sağlığı hizmetleri şöyle özetleniyordu; sağlık idaresi, çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi, nüfus planlaması, ana çocuk sağlığı v.s.

Bu ilkeler ışığında, Anayasamızın 49. maddesinin ve hazırlanan plan hedefleri yönünde sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi gereği ortaya çıkmıştır. Bu amaçla 5 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu Kanunu kabul edilmiştir. Böylece 1963 yılından bu yana sosyalleştirme programı uygulanmaya başlanmıştır.

Programın tüm Türkiye'ye yaygınlaşması gerçekleştiğinde, sağlık hizmetlerinin belirli bir sistemden yoksun olarak, değişik kurumlarca yürütülmesinin doğurduğu sakıncaların giderilmesi düşünülmüştü. Böylece hizmetin verimliliği sağlanacak ve mevcut kaynakların tam değerlendirilmesi mümkün olacaktı. Bu e-rekle 1963 yılında doğudan başlayan sosyalizasyonun, 1977'de tüm ülkeye yayılması, 1982'de ise 5.000 kişiye bir sağlık ocağı örgütlenmesinin tamamlanması planlanmıştır.

SOSYALİZASYON BİR SAĞLIK HİZMETİ SİSTEMİDİR

Sosyalizasyon özet olarak; sağlık idaresi, tüm toplumu sağlık ve demografik hareketlerinin devamlı gözlenmesi ve değerlendirilmesi, koruyucu hekimlik ve bu diziden olmak üzere, çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi ve geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, ayrıca tedavi edici hizmetler, adli tabiplik hizmetleri, ana çocuk sağlığı ve nüfus planlaması gibi tüm çağdaş sağlık hizmetlerini içeren bir sistemdir.

Erek (amaç) tüm bu hizmetleri en ücra ve ufak ünitelere kadar götürmek ve halkın sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu amaçla sosyalizasyon örgütlenmesinde kırsal kesim esas olarak ele alınmıştır. Nüfusa göre hizmet dağılımı ilkesi kabul edilerek hizmetin tüm ülkeye yayılması amaçlanmıştır.

Vali
Sağlık Müdürü
Sağlık Ocağı
Sağlık Evi

.....Okul
.....Hastane
.....Halk Sağlığı Laboratuvarı
.....A.Ç.S. Başkanlığı
.....Verem Savaş Bşk.
.....Trahom Savaş Bşk.
.....Lepra ve Frengi Sv. Bşk.
.....Sıtma Eradikasyon Bşk.
.....Sağlık Eğitimsi
.....İstatistik Bölümü

Hizmette Sağlık Ocağı temel ünite olarak ele alınmıştır. Her 5.000—10.000 kişiye bir sağlık ocağı ve her ocakta bir hekim, sağlık memuru, hemşire ve 2—4 köy ebesi ile diğer hizmetlilerden (tıbbi sekreter, şoför, hizmetliler v.s) kurulu uç ekiplerle hizmetin çevreden merkeze örgütlenmesi öngörülmüştür.

224 SAYILI KANUNUN İÇERİĞİ NEDİR?

Bunu anlatmanın en iyi yolu kanun maddelerini gözden geçirmektir. Bu nedenle, teknik maddeler hariç, kanun maddelerine şöyle bir bakalım.

Madde 1 : İnsan Hakları Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın, sosyal adalete uygun bir şekilde, ifasını sağlamak amacıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler, bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde, sosyalleştirilecektir.

Madde 2 : Bu kanunda kullanılan terimlerin delalet ettiği manalar aşağıda gösterilmiştir

SAĞLIK : Sağlık yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.

SAĞLIK HİZMETLERİ : İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetleridir.

SOSYALLEŞTİRME : Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı, her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle, eşit şekilde faydalanmalarıdır.

SAĞLIK OCAĞI : Takriben 5,000—10,000 kişilik köyler grubu veya bir kasaba veya şehirdeki mahalle grupları bir sağlık ocağını teşkil ederler. Bunların il içinde idari taksimata uyması icabetmez.

Madde 9 : Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti teşkilatı : Sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ile hastaneleri, çeşitli koruyucu hekimlik teşekkülleri, sağlık hizmetleri hususiyet arzeden yerler için kurulmuş sağlık teşekkülleri, sağlık müdürlükleri, bölge hastaneleri, bölge labaratuvarları, sağlık personeli yetiştiren eğitim müesseseleri ile SSYB merkez teşkilatı ve diğer bakanlık ve kurumlarla işbirliği yapmak üzere kurulmuş olan, dairelerden teşekkül eder.

Madde 12 : Hastaneler sağlık ocaklarından ve sağlık merkezlerinden veya diğer hastanelerden gönderilen veya durumları acil müdahaleyi gerektiren veya 13. madde hükümlerine göre müracaat eden (hasta sevkiyle ilgili madde) hastaları ayakta veya yatarak tedavi etmek ve uhdelere verilen koruyucu ve sosyal sağlık hizmetlerini yapmakla mükelleftirler. Hastanelerdeki sağlık personeli, sağlık ocağı ve sağlık merkezi personelinin mesleki tekamülüne yardım ederler.

Madde 13 : Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenler acil vakalar hariç, evvela sağlık evlerine veya ocaklarına başvururlar. Köylük bölgelerde S.O hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, güç olması muhakkak doğumları sağlık merkezine, hastaneye sevki gereken vakaları hastaneye yollarlar.

S.O'larında hekim bulunmadığı hallerde yardımcı sağlık personeli hastaları, kendi selahiyetleri dahilinde olan müdahaleleri müteakip, gerekirse, S.M.'i veya hastaneye sevk edebilir. S.M.'inde tedavisi mümkün olmayan hastalar veya mütehassıs müdahalesini icab ettiren doğumlar hastaneler veya doğum evlerine sevk edilir.

Madde 16 : Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri gören teşekküller tarafından, ödenerek alınacak ilaç ve tedavi vasıtalarının listeleri, her yılın ilk ayında SSYB tarafından ilan edilir. Liste harici ilaç ve tedavi araçları bedeli tarafından ödenmek suretiyle alınır.

Madde 17 : Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzemeler, araçlar ve personel temin edilmeden, o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez.

Madde 20 : Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi 1982 yılına kadar tüm memlekete teşmil edilecektir.

Madde 26 : Sosyalleştirilmiş bölgede sağlık personeline mukavele ile verilecek ücret, bu meslek mensuplarının umumi serbest kazanç seviyeleri hizmet süreleri ve ihtisasları, işgal ettikleri mevkiin önemi, yaptıkları vazifenin ağırlığı göz önüne alınarak SSYB'nın teklifi ve devlet personel dairesinin tesbiti ile Bakanlar Kurulunca tayin olunur.

Kanun maddelerini olduğu gibi buraya almamız, yeterince bilinmeyen bu konuya, yeteri kadar açıklık getirmek amacıyla-
dır. Sosyalleştirmenin içeriğini kanun maddelerinden daha iyi açıklamak olanaksızdır.

SAĞLIK HİZMETLERİ BİR BÜTÜNDÜR

Kişinin doğumundan ölümüne dek tüm yaşamı bir bütündür ve kişinin sağlıklı dönemi ile hastalıklı dönemleri, birbirinden soyutlanamaz ve ayrı düşünülemez. Aynı şekilde sağlık hizmetlerinde eğitiminden, koruyucu hizmetler ve tedavi hizmetlerine dek, hepsi bir bütündür ve birbirinden soyutlanamaz.

Sağlık hizmetlerini koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve sosyal tıp gibi parçalara bölmek kesinlikle yanlıştır. Çağdaş bir sağlık sistemi, tüm bu hizmetleri, bir bütün içinde içermeli ve tek elden yürütmelidir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine baktığımız zaman bu ilkeye, kısmen de olsa, uyulmuş olduğunu görürüz.

SOSYALİZASYON: GERİ KALMIŞ BÖLGELERE SAĞLIK HİZMETİ GÖTÜRME ŞEKLİ DEĞİLDİR

224 sayılı kanunun kabulünden sonra, uygulama için pilot bölge olarak Muş ili seçilmiş ve sonra 25 doğu ilinde uygulamaya geçilmiştir. Bu pratikte sosyalizasyonun, sanki ülkenin geri kalmış bölgelerine hizmet götürme şekli imiş gibi anlaşılmasına yol açmıştır. Oysa sosyalizasyon bir sağlık sistemidir. Bir ülkede ya uygulanır, ya da uygulanmaz. Ülkeyi, sağlık hizmetleri yönünden, sosyalize ve sosyalize olmayan bölgeler şeklinde parçalamanın bir anlamı yoktur. Bu durum sosyalizasyon ve sağlık hizmetleri yönünden olumsuz neticeler doğurmuştur.

Uygulamaya geri kalmış bölgelerden başlanması, kanunun 17. maddesinde öngörülen şartların sağlanamamasına neden olmuştur. Böylece sosyalizasyon göz göre göre başarısızlığa terk edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin ve sosyalizasyonun başarılı olabilmesi için, sosyalizasyon en kısa zamanda tüm ülkede uygulanmalıdır.

SOSYALİZASYON SADECE KORUYUCU HEKİMLİK HİZMETLERİNİ KAPSAMAZ

Türkiye'mize şöyle bir baktığımız zaman, ülkemiz geri bırakılmış bir ülkedir. Bugünkü koşullarımız koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık verilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle sosyalizasyonda, koruyucu hekimlik hizmetleri ağırlık kazanmıştır ve öyle de olması gerekir. Ama bu sosyalizasyonun salt koruyucu hekimlik hizmetlerini kapsadığı ve diğer sağlık hizmetleri sahasını boş bıraktığı anlamına gelmez.

Bugüne dek sosyalizasyonun tedavi hizmetlerini kapsamadığı empoze edilmeye çalışılarak, birçok engelleyici girişimlerde bulunulmuştur. Bu dizeden olmak üzere günümüzde GSS kanun tasarısı hazırlanmış ve oynanmak istenen oyunlara, yeni bir tanesi eklenmiştir. Oysa sosyalizasyon tedavi edici hizmetleri de bünyesinde içermektedir. Ayrıca onu koruyucu hekimliği bütünleyen bir öge olarak ele almaktadır. Sosyalizasyon kanununun 2., 12., 13. ve 16. maddeleri ve sosyalizasyonda kullanılan 019 nolu form bu konuya yeterince açıklık getirmektedir.

Ünivalan

Dispanserler

Ünivalan

Hastaneler

S.O

S.E.

Devlet veya

İl hastanesi

Bölge veya

Grup hastanesi

Şemada sosyalizasyonda hasta sevki ve tedavi hizmetlerinin nasıl işlediği görülmektedir

Tüm bunlar göstermektedir ki, sosyalizasyon tedavi hizmetlerini içermekle kalmamakta, ilaçlarda dahil, tüm bu hizmetlerin ücretsiz olarak yapılmasını öngörmektedir. Zaten sağlıklı ve hastalıklı dönemlerin bütünlüğü gibi, bu iki hizmette, bir bütündür ve tedavi edici hizmetlerle koruyucu hizmetler ayrı düşünülemez. Sosyalizasyonun tedavi sahasını boş bıraktığı iddiasıyla yeni ve birbirinden soyut önlemler ve örgütlere yönelinmesi gereksizdir.

KORUYUCU HEKİMLİK : SALT BULAŞICI HASTALIKLARLA MÜCADELE DEMEK DEĞİLDİR

Bugüne dek koruyucu hekimlik, sadece bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi şeklinde empoze edilmeye çalışılmış ve anlaşılmıştır. Koruyucu hekimlik salt bulaşıcı hastalıklarla mücadele anlamına gelmez. Tüm hastalıklarla, kişi ve dolayısıyla toplum sağlığına etki eden faktörlerle mücadeleyi içerir. Örneğin hastalık olmayan, fakat toplum sağlığına etki eden, trafik kazaları ve hava kirliliği gibi zararlı etkenlerle savaş, koruyucu hekimliğin görevlerindendir. Aynı şekilde, dejeneratif hastalıklardan olan kalp hastalıkları ve romatizmal afetler, koruyucu hekimlik çerçevesinde, okul çağı döneminde alınacak etkin tedbirlerle, büyük oranda önlenebilmektedir.

Toplumdan bulaşıcı hastalıklar eradike edildikçe ve toplum yaşlandıkça dejeneratif hastalıklar yaygınlaşacak ve bunlarla savaşta birtakım önlemler ağırlık kazanacaktır. Bu tedbirler yine koruyucu hekimlik sahasının görevi olacaktır. Toplumda bugün yaygın olan problemler yok edildikçe, yerine yeni problemler gelecek ve bunlarla mücadelede yine koruyucu hekimliğe büyük görevler düşecektir.

TIP EĞİTİMİ — SOSYALİZASYON BÜTÜNLEŞTİRİLMELİDİR

Tüm sağlık hizmetleri bir bütündür ve tıp eğitimi de bu bütün içinde değerlendirilmeli ve planlanmalıdır.

9. Milli Tıp Kongresinde sunulan planda, sosyalizasyon çerçevesinde, tıp eğitimine de yer verilmiştir. Ülke sağlık yönünden yedi bölgeye ayrılmış ve her bölge için bir tıp fakültesi öngörülerek eğitimle diğer hizmetlerin bütünleştirilmesi düşünülmüştür. Diğer konular olduğu gibi, bu konuda hasır altı edilmiştir.

Her ne kadar son zamanlarda, diğer bazı illerimize de tıp fakülteleri açılmış ise de, bu bir plan ve örgütlenme bütünü içinde yapılmamıştır. Bunlar dışında, tıp eğitimi, özellikle üç büyük kentte toplanmıştır. Bu ise hem sağlık hizmeti yönünden hemde tıp eğitimi yönünden çok sakıncalı neticeler doğurmuştur.

Tıp fakülteleri sadece tedavi edici hekimliğe ve ihtisasa yönelik bir eğitim uygulamaktadır. Bu eğitimle üretilen hekim sosyalizasyondan bihaberdir. Sosyalize bölgeye gitmekten adeta çekinmektedir. Gitse bile, böyle bir eğitimle, başarısızlığa mahkum edilmiştir.

Tıp fakülteleri tamamen sosyalizasyon içinde örgütlenmeli ve eğitim bu yönde yoğunlaştırılarak, sosyalizasyonla bütünleştirilmelidir. Eğitim zinciri yönünden, sosyalizasyonun en üst halkası tıp fakülteleri tarafından oluşturulmalı ve personelin mezuniyet sonrası eğitimini de üstlenmelidir. Dokuzuncu milli kongrede öngörüldüğü gibi, kent veya bölge gelişmişliği göz önünde tutulmaksızın, bölge esasına göre tıp fakülteleri açılmalıdır. Bu bölge fakültelerinde öğretim üyesi sağlanması yönünden gerekli yükümlülükler getirilmelidir.

SOSYALİZASYON NİÇİN BAŞARIYA ULAŞAMAMIŞTIR?

1961 yılında yasalaşan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu, tüm sağlık gereksinmelerine cevap verecek bir örgütlenme modeli ve sağlık hizmeti sistemi getirmektedir. Bugün uygulamanın başarısızlığı sisteme mal edilerek, sistemin iyi olmadığı kanaati yaratılmaya çalışılmaktadır.

Kanun gerekleri yerine getirilmeden uygulamaya geçilmiştir. 17. maddenin öngördüğü zorunluluğa rağmen, tam tersi bir uygulama ile, sistem başarısızlığa sürüklenmiştir. Neticede yönetici ve uygulayıcılar değil de sistem suçlanmaya başlanmıştır. Bugün sosyalizasyonun hangi koşullarda uygulandığını ve niçin başarısız olduğunu sergilemeye çalışalım.

Personel : Devlet Planlama Teşkilatı verilerine göre 1971'de sosyalizasyon bölgelerinde mevcut kadroların durumu şöyledir. Hekim kadrolarının % 65'i, hemşire kadrolarının % 71'i, yardımcı personelin % 20'si, sağlık memuru kadrolarının % 26'sı ve ebe kadrolarının ise % 3'ü boştur.

1974'de yapılan özel bir çalışmaya göre, bazı sosyalize illerimizin, durumu ise şöyledir :

İl adı	İl nüfusu	Sağlık O. Sayısı	Hekim bulunan ocak sayısı
Van	266,000	28	10
Bitlis	154,069	13	4
Siirt	264,069	27	5
Diyarbakır	475,916	47	23
Mardin	397,880	47	16

Belirtilen hekim sayısı, aktif olarak görev yapan hekim olmayıp, kadrosu dolu olanlardır.

Bu tablo konuyu sadece personel yönüyle sergilemektedir. Diğer araç, gereç ve koşulların ne durumda olduğu herkesçe ma-
lumdur.

Sağlık hizmetlerinin gelişmesinde ve sosyalizasyonun başarı-
ya ulaşmasında, özellikle geri kalmış bölgelerde, personel sağlan-
ması en önemli sorunlardan biridir. Sağlık hizmetlerinin tek el-
den idare edilmemesi, etkin bir istihdam ve ücret politikası uygu-
lanmaması, sağlık eğitimi ile istihdam arasındaki çelişkilerin gi-
derilmemesi bu başarısızlığın başlıca nedenleridir.

Yukardaki sorunların önlemlerinin alınmaması, hekimlerin
kırsal bölgelere gitmeyerek, büyük kentlerde toplanması neticesi-
ni doğurmuştur. Böylece nüfusu 100.000'nin üstünde olan yerleşim
birimlerinde bir hekime 600 kişi düşerken, 10.000'nin altında
olan yerlerde ise 23 bin kişi düşmektedir. Buna karşılık hekimleri-
mizin % 70'i üç büyük kentte toplanmış bulunmaktadır.

	ANKARA	İSTANBUL	İZMİR	TOPLAM	TÜRKİYE
Uzman	2616	4754	1234	8607 (% 69)	12394 (% 59,2)
Pratisyen	2209	2743	1054	6011 (% 70,9)	8474 (% 40,8)
A	4825	7500	2288	14618	20868 (% 100)
TOPLAM %	23,1	35,9	11	70	10

Aynı çizelgeden anlaşılabacağı üzere, mevcut hekimlerden ya-
rarlanmayı güçleştiren diğer bir faktör de, aşırı uzmanlaşma eği-
limidir. Pratisyen hekimliği çekici kılan önlemlerin alınmaması
nedeniyle, bu eğilim gittikçe artmaktadır. Türkiyede 20868 he-
kimden 12394'ü uzman, 8474 ise pratisyendir. Ayrıca pratisyenle-
rin büyük bir kısmını ihtisas yapmakta olan asistanlar teşkil et-
mekte ve pratisyenlerin % 70,9'u büyük kentte toplanmış bulun-
maktadır. Buna karşılık 1974 D.İ.E. yıllığı verilerine göre doğu
illerimizden 19'unda sadece 808 hekim bulunmaktadır. Aynı veri-
lere göre üç büyük kentimizde, diğer sağlık personelinin dağılı-
mı şöyledir:

	TÜRKİYE	ANKARA	İSTANBUL	İZMİR	TOPLAM
A	12641	2138	1428	831	4397
İEMŞİRE	% 100	17,7	11,3	6,5	35,5
A	8479	1326	942	461	2729
S. MEMURU	% 100	15,7	11,1	5,4	32,2
A	12228	799	563	553	1815
EBE	% 100	6,5	4,6	4,5	15,6
A	33348	4263	2933	1845	9041
TOPLAM	% 100	12,8	8,8	5,5	27,1

Çizelgede görülmektedir ki, diğer sağlık personelinin de % 27,1 gibi büyük bir kısmı üç büyük kentte toplanmış bulunmaktadır. Ayrıca 20868 hekime karşılık, 33348 sağlık personeli bulunmaktadır. Bu hekim başına 1,57 sağlık personeli düşüyor demektir. Sağlık personelinin dağılımı eşit olmadığı gibi, nicelik yönünden yeterli değildir. Oysa sosyalizasyon bir ekip işidir.

Tüm bu veriler göstermektedir ki, şu andaki personel yönüyle sosyalizasyondan başarı beklemek, en azından haksızlık olacaktır.

Çevre sağlığı: Belediyelere bırakılmış olan çevre sağlığı hizmetleri belediyelerin mali kaynak, personel ve tesis yetersizliği nedeniyle çok, çok yetersizdir. Belediyelerin mali kaynak, personel ve tesis yetersizliği nedeniyle çok, çok yetersizdir. Belediyesiz bölgelerde ise bu hizmet yoktur.

Ülkemizde çevre sağlığı hizmetlerini yürütecek olan sağlık mühendisliği henüz yoktur. Çevre sağlığı teknisyenleri ise hem nicelik hemde nitelikçe çok yetersizdir. Bu nedenle, bu hizmetler, hekimlere yüklenmektedir. Zaten işi çok yüklü olan hekimden, kariyeri dışındaki, bu alanda ne derecede başarı beklenebilir.

Beslenme: Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak, ağırlığını korumaktadır. Bebeklik ve okul öncesi dönemleri ile, gebe ve emzikli annelerde protein ve kalori yetersizliği nedeniyle oluşan hastalıklara oldukça sık rastlanmaktadır.

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin başlıca nedeni, gelir dağılımındaki eşitsizliktir. Ayrıca gıdaların nitelik ve nicelik yönünden eksik üretimi, gıda dağılımındaki bölgesel dengesizlikler, üretimin pazarlanması ve tüketiciye ulaştırılmasındaki yetersizlik ve beslenme konusundaki eğitim noksanlığı gibi nedenlerde buna eklenince, bugünkü tablo ortaya çıkmaktadır.

Umumi Hıfssıhha Kanunu'na göre, SSYB ve belediyelere verilen gıda kontrol hizmeti yapılamamaktadır. Çünkü bu kanundan önce veya sonra, ticari gayeyle çıkan, diğer kanunların bazı hükümleri buna engeldir. Butür kanunlar konuya diğer bazı bakanlık ve kurumların müdahalelerine yol açarak, sihhate aykırı besin üretim ve dağıtımının engellenmesini olanaksız kılmaktadırlar.

A.Ç.S. ve Nüfus Planlaması: Ana çocuk sağlığı ve nüfus planlaması sosyalizasyonun önemli bir bölümüdür. Ancak birbi-

rini tamamlayan bu iki hizmet için bile, sosyalizasyon dışında, iki ayrı örgüt kurulmuştur. Ama uygulamada görev sosyalizasyon örgütlerine verilmiştir. Aynı hizmetin üç ayrı örgütle yürütülemeyeceği tartışma götürmez.

İşçi sağlığı : İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerininde sosyalizasyon bünyesinde olması gerekirdi. Bu konu tamamen hasır altı edilmiştir. Sahip çıktığını iddia eden kurumlarda ise, hizmetler diğer hizmetlerden farklı durumda değildir.

Tüm bu veriler sosyalizasyonun, her yönüyle, ne denli ihmal edildiğini, çok açık bir şekilde açıklamaktadır. Bugünkü anlayıştan başkası da beklenemezdi zaten. Çünkü sosyalizasyon tıp ticareti ve sömürüsünü engelleyecek bir sistemdir. Onun başarılı kılınmasını, çıkarıcılardan beklemek en azından saflık olurdu.

Yukardaki tablonun ve anlayışın aksine, sosyalizasyonun personel araç, gereç ve işbirliği gibi asgari şartlarının yerine getirildiği, kuruluş ve örgütlenmesinin tamamlanmış olduğu eğitim bölgelerinde çok başarılı olduğu ispatlanmıştır. Bu bölgelerde halk sağlığı üzerinde oldukça olumlu etkilerde bulunduğu ve halkın sağlık düzeyinin yükseldiği gösterilmiştir. Yine aynı bölgelerde aşı ile korunulabilen hastalıklar en az düzeye inmiştir. A.Ç.S. ve aile planlaması hizmetleri ile tedavi hizmetleri büyük ölçüde gelişerek, bebek ölüm hızı ve beş yaşından küçüklerdeki ölüm hızı, azalarak yaşama süresi uzamıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu ne denli ihmal edilirse edilsin, yinede sistemin gücünden gelen bir olguyla, sağlık hizmetlerinde çok değerli hizmetler vermektedir.

ÜLKEMİZ GERİ KALMIŞ BİR ÜLKEDİR —KORUYUCU HEKİMLİĞE YÖNELMELİDİR

Dünya ülkelerinin bazılarında, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve geliştirilmesinde, özellikle tedavi edici hizmet kurumlarına ağırlık verilerek, insan gücü ve işletme bakımından pahalı bir sistem seçilmiştir. Ancak diğer bir kısmı ise, özellikle sosyalist ülkeler, daha ucuz ve kolay olan koruyucu hekimliğe yönelmişlerdir. Son yıllarda, birinci grupta olan ülkelerin de, pahalı ve verimsiz olan bu sistemi terkederek bu yola yöneldikleri görülmektedir.

Türkiye'mize şöyle bir baktığımızda nüfusun genç olduğu, yetersiz ve dengesiz beslenme ve buna bağlı hastalıkların yaygın olduğu, bulaşıcı hastalıkların hala önemini koruduğu ve çevre

sağlığı şartlarının bozuk olduğu görülür. Bunların doğal bir neticesi olarakta ülkemizde, sağlık hizmetlerinin halka götürülmesinin en belirgin göstergesi olan, bebek ölüm hızı, doktor ve yatak başına düşen nüfus oranlarının, gelişmiş ülkeler verileriyle karşılaştırdığımızda, ülkemizin oldukça geri olduğu görülür.

**ÜLKE YATAK BAŞINA KİŞİ DOKTOR BAŞINA BEBEK ÖLÜM
KİŞİ HIZI ‰**

F. Almanya	90	580	23,5
A.B.D	120	650	21,8
Belçika	130	640	21,7
Fransa	150	770	15,1
İtalya	100	560	29,2
Yunanistan	170	640	31,8
İspanya	220	770	27,8
Meksika	510	1810	62,9
S.S.C.B	107	433	26,4
Bulgaristan	90	560	30,5
TÜRKİYE (1971)	398	2316	153

Tüm bunlar göstermektedir ki, diğer konularda olduğu gibi, sağlık yönünden de geri kalmış bir ülkedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin koruyucu hekimliğe yönelik olması zorunludur.

**ÜLKEMİZDE YATAK SAYISI YETERLİDİR,
KULLANMA ORANI YÜKSELTİLMELİDİR**

Ülkemizde koruyucu hekimlik ile sağıtıcı hizmetleri birbirinden soyutlayan ve liberal bir anlayışla hizmetleri örgütleyen anlayış, giderekten tedavi kuruluşlarına, koruyucu hekimlik aleyhine, ağırlık verilmesi sonucunu doğurmuştur. Bu durum sosyalizasyonu olumsuz yönde etkileyen diğer önemli bir öge olmuştur.

Bu düşüncenin doğal bir neticesi olarak, durmadan yataklı tedavi kurumları açılmış, hatta bu konuda plan hedefleri bile aşılmıştır. Yataklı tedavi kurumlarındaki bu hızlı gelişme, belirli nüfus guruplarına, Türkiye ortalamasının üstünde bir standartta hizmet verilmesi sonucunu doğurmuştur. Yataklı tedavi kurumlarındaki bu durum olumlu bir gelişme gibi gösterilmeye çalışılmıştır. Oysa yatakların iller arasındaki dağılımı incelendiğinde, bu durumun, iller arasındaki dengesizliğin giderekten daha da arttırarak, devam etmesine yol açtığı görülmektedir.

HASTANE		YATAKNÜFUS		YATAK BAŞINA KİŞİ
Ankara	49	9715	2.041.858	210
İstanbul	93	21654	3.019.032	139
İzmir	36	5325	1.427.173	268
Üç kent top	178	36698	6.488.063	177
Bingöl	4	120	177.951	1483
Bitlis	4	145	185.473	1279
Gümüşhane	5	165	282.238	1710
Hakkari	2	60	102.312	1705
Kars	10	500	660.018	1325
Muş	3	210	234.250	1115
Siirt	6	310	325.684	1034
Tunceli	7	175	157.293	899
Van	5	280	171.232	612
Dokuz kent toplamı	41	1965	2.291.453	1167

Ülkemizin Y.T.K'ları yönünden sorunu, yatak azlığı olmayıp, mevcut yatakların bölgesinde ve yeterince kullanılmaması sorunudur. Ülkemizde ortalama yatak kullanım oranı % 58'dir (bazılarında % 2—3, bazılarının ise % 100'den fazla). Kırsal alanlarda personel yokluğu, Y.T.K'larının tek elden idare edilmemesi ve kuruluşlar arasında işbirliğinin olmaması nedeniyle yataklardan tam olarak faydalanılamamaktadır. Finansman, malzeme ve yapı standardizasyonunun olmaması, modern işletmecilik anlayışının yerleşmemiş olması, mevcut kapasiteden, yeterince yararlanılamamanın diğer nedenleridir. Böylece bazı kentlerimizde habire yatak sayısının artırılması neticesinde, tedavi kurumlarında, plan hedefleri aşılmıştır. Bu ise yatırım ve insan gücü açısından koruyucu hekimlik hizmetlerinin aleyhine gelişmektedir.

Hekim ve yardımcı sağlık personelinin gelişmiş kentlerde toplanması, buralarda hastane kadrolarının kolayca doldurulabilmesine yol açmıştır. Yörelerinde yeterli tedavi edici hizmeti bulamayan, diğer illerdeki hastalar gelişmiş kentlere akmaktadır. Bu durum buralardaki talebi arttırmakta, bunun neticesinde, hastane yatırımları buralarda yoğunlaşmaktadır. Üniversite ve SSK hastanelerinin de bu illerde yapılmasıyla mevcut dengesizlik daha da artarak, sağlık hizmetlerinin, hem koruyucu hekimlik aleyhine hem de bölgeler arasındaki dengesizlik lehine, çarpıklaşmasına yol açmaktadır.

Tüm bu kısır döngüyü kırmak için sağlık hizmetlerinin tümü sosyalleştirilmeli ve Y.T.K'ları da sosyalleştirme bünyesinde ele alınmalıdır. Ülkemizde yatak artışları sınırlı tutularak yurt ça-

pında genel bir standarda ulaşılmalıdır. Yeni yatak kapasitesi yaratmaktan çok, düşük verimle çalışan kırsal kesim hastanelerinin verimliliğini arttırmak için gerekli tedbirler alınmalıdır. Kırsal kesimde, yataklı tedavi kurumlarına, personel bulunduğu, yeterli finansman, araç ve gereç temin edildiği takdirde yatakların kullanma oranı artacaktır. Böylece bugünkü şartlarda yeni yatak kapasitesi yaratmaya gerek kalmayacaktır. Ayrıca hastalar yörelerinde tedavi edilerek gelişmiş kentlerdeki birikim önlenerek, her iki kesimde de hizmet kalitesi yükselecektir.

Sosyalizasyondaki uygulamalar göstermiştir ki, ilk müracaatlar ocağa yapıldığı takdirde, hastaların büyük bir kısmı, ayakta ve evde tedavi edilebilmektedir. Çok az bir kısmının ise hastaneye sevki gerekmektedir. (Eğitim bölgelerinde hasta sevk oranı % 6'yı geçmemektedir.) Böylece ekonomik kayıpların önüne geçilebilecek ve hizmet kalitesi yükseltilebilecektir.

SONUÇ

Ülkemizde tıp hizmetlerinin yürütülmesi yönünde, birçok dönemlerde birçok ileri atılımlarda bulunulmuştur. Ancak bu ileri atılımlar egemen çevrelerin çıkarlarıyla çatıştığından hasır altı edilmiştir.

Sosyalizasyon tüm sağlık hizmetlerini kapsayan bir sistemdir ve sosyalizasyon örgütlenme modeli ülkemiz koşullarına uygundur. Ne var ki, sosyalizasyonun başarısı, tıp sömürüsünü engellediğinden, belli bir azınlığın çıkarlarına ters düşmektedir ve bu nedenle engellenmektedir. Başarısızlığın en önemli nedeni sistemin gereklerinin yerine getirilmemesidir.

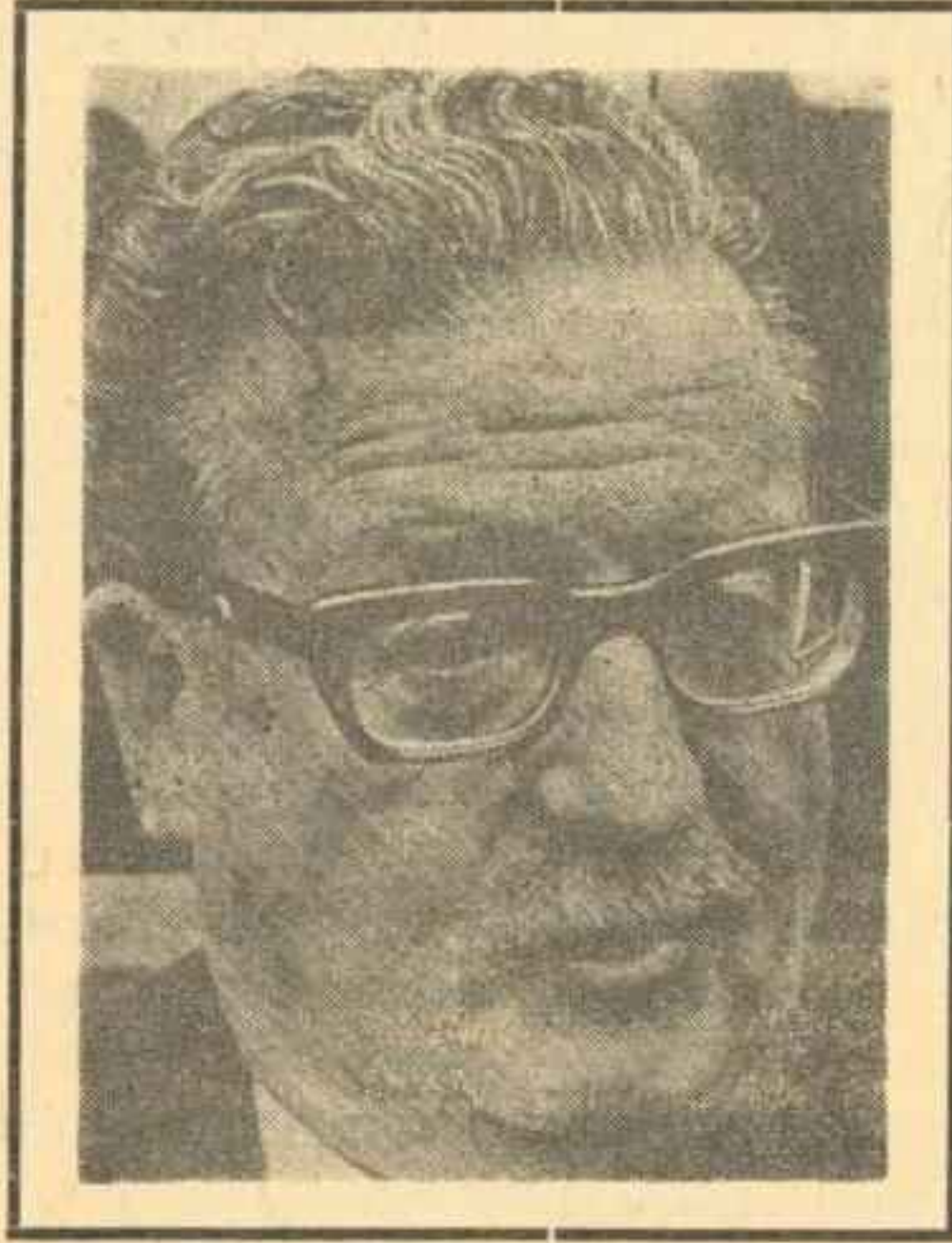
Ülkemiz geri kalmış bir ülkedir, bu nedenle, sağlık hizmetlerinde koruyucu hekimliğe yönelinmesi zorunludur. Ekonomik olmayan hastanecilik terkedilerek, sağıtıcı hizmetler sosyalizasyon bütünü içinde yürütülmelidir.

ÖNERİLER VE ÇÖZÜM

- Sosyalizasyon en kısa zamanda tüm ülkede yaygınlaştırılmalıdır.
- Personel açığının en kısa sürede kapatılması için gerekli önlemler alınmalı ve kırsal kesimde personel bulma sorunu halledilmelidir.
- Tıp eğitimi sosyalizasyonla bütünleştirilmeli ve sosyalizasyon örgütlenmesi içinde olmalıdır.
- Tedavi edici hizmetler sosyalizasyon bünyesinde yürütülmeli ve onu bütünleyen bir öge olarak değerlendirilmelidir.
- Sağlık hizmetleri devletin görevi olmalı ve hizmetler ücretsiz olmalıdır.

Şili'de Sağlık Hizmeti ve Sosyalizm

(Bu yazı, **Monthly Review** dergisinin Mayıs, 1975 tarihli sayısında çıkmıştır. Yazarlardan Hilary Modell, Halk Birliği Hükümeti devresinde Şili'de bir sağlık ekibi üyesi, olarak iki yıl çalışmıştır. Howard Waitzkin California'da doktorluk yapmakta ve Stanford Üniversitesinde öğretim görevlisi bulunmaktadır. Yazarlar, eleştiri ve önerileri için, isimlerinin gizli kalmasını isteyen Şili'li dost ve meslekdaşlarına teşekkür borçludur)



Halk Birliği (Unidad Popular) Hükümetinin, Şili sağlık sistemini yeniden şekillendirmekte karşılaştığı güçlükler, onun yıkılmasına yol açan çatışma ve çelişkilerin bir çoğunu yansıtmakta-

dır. Bu rapordaki amacımız, Halk Birliği döneminde ortaya çıkan değişiklikleri, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetinin götürülüşünü engelleyen politik ve ekonomik etmenleri, ve Şili'nin şimdiki totaliter rejimi tarafından sağlık hizmetlerinin nasıl bozulduğunu incelemektir. Yazının sonunda, tıbbi bakım ve devrimci toplumsal dönüşüm arasındaki daha geniş ilişkileri kısaca tartışacağız.

GERÇEKLEŞTİRİLEN REFORMLAR :

Halk Birliği Hükümeti sağlık hizmetlerini daha eşit dağıtabilmek için, bir dizi program başlattı. Bu programlar esas olarak Şili Ulusal Sağlık Sistemi (USS) tarafından yürütülecekti. Kendisi de doktor olan Salvador Allende, 1950'lerde bu sistemin kurulmasında bizzat çalışmıştır.

Allende'nin çok önem verdiği beslenme, birkaç sağlık programının odak noktasıydı. Tüm çocuklara, hamile ve emzikli kadınlara parasız olarak günde yarım kilo süt veriliyordu. Hükümet, aileleri sütün besin değeri üzerinde aydınlatmak için halk eğitim kampanyaları açtı. Çok yüksek olan bebek ve perinatal ölüm hızlarını yavaşlatmak için hükümet, küçük kentlerde bir klinikler sistemi kurdu ve tüm hastanelerde parasız tıbbi bakım ilkesini yerleştirmeye çalıştı.

Çevre sağlığının önemini kavrayan hükümet, yerleşme koşullarını ve sanitasyonu düzeltmek için programlar başlattı. Ulusal Sağlık Sistemi; aynı zamanda tüm Şili'lilerin parasız olarak yararlanabileceği, bir acil bakım sistemi kurdu. Madencilik ve diğer endüstri kollarında iş kazalarını azaltmak için harekete geçildi.

Tıbbi bakımın dağılımında büyük bir eşitsizlik vardı. Zengin bölgelere kıyasla kırsal ve yoksul alanlarda olanak ve personel kısıtlıydı. Bu yörelerde Hükümet, hastane ve ambulatuvar bakımının düzeltilmesine çalıştı. Bunlara ek olarak hükümetin bir «sağlık treni» güney bölgelerini dolaşarak 30,000 kişiyi tedavi etti. Alkolizmle mücadele için Sağlık Bakanlığı birçok kent ve kırsal bölgede alkol tedavi merkezleri kurdu. Alkolizm konusunda halkı uyarmaya çalıştı. Diğer sağlık sorunlarını da işleyen broşürler yayınladı.

DEMOKRATİKLEŞME VE DESANTRALİZASYON

Bu reformlardan hiçbiri Şili tıp mesleği için özel bir tehdit taşııyordu. Ne var ki, Halk Birliği sağlık sisteminin finansma-

nında ve güç dengesinde önemli değişiklikler doğuracak hazırlıklara girişmişti. Tıp profesyonellerinin büyük öfke ve direnişine yol açan şey, bu değişiklik tasarılarıydı ve sonunda, politik açıdan daha nötral nitelikli reformları da işlemez hale getiren, bu direniş oldu. Hükümet, genelde, tüketici grupların ve işçilerin toplumsal yaşantıda daha fazla söz sahibi olmalarını istemekteydi. Tıbbi bakım sisteminde işçi-tüketici denetimi yavaş yavaş iki düzeyde ortaya çıktı : mahalli ve hastane düzeyinde.

Mahalli Düzey : Halk Birliği Hükümeti'nin işbaşına gelmesinden önce, Sağlık Bakanlığı Şili'yi coğrafik «bölgeler»e ve her bölgeyi de, sağlık «alanları»na ayırmıştı. Örneğin Santiago'da dört büyük sağlık alanı vardı. Bunların her birinde, tüm yöreye hizmet götüren en azından bir merkezi hastane bulunuyordu. Her alan dahilinde, 50.000 ile 75.000 arasında değişen nüfusa hizmet götüren daha küçük mahalli birimler vardı. Bunlara Mahalle Sağlık Merkezi deniyordu.

Halk Birliği hükümet programının bir bölümü, bu küçük Mahalle Sağlık Merkezlerine daha çok ağırlık vererek tıbbi bakımı desantralize etmektir. Desantralizasyon hedefi ile, sağlık sistemini demokratikleştirmek ve halkın katılmasını arttırmak uğruna çabaların birleştirilmesi, hükümeti, Decreto—602 denilen bir yasayı onaylamaya götürdü. Böylece sağlık görevlileri ile halk temsilcilerinin aktif katılmasını sağlayacak bir biçimleniş içine girildi.

Sözü geçen Mahalle Sağlık Merkezleri düzeyinde, sağlık işçileri sendikaları ve toplum örgütleri temsilcilerinden oluşan Yörel Sağlık Konseyleri (consejos locales de salud) kuruldu. Bu konseylerin görevi, toplumun sağlık sorunlarını tartışmak, çözüm yolları önermek, sağlık kampanyalarının (ishalle mücadele, solunum yolları hastalıklarının önlenmesi, çöplerin yok edilmesi, v.b. gibi) yaygınlaşmasını sağlamaya yardımcı olmak ve Ulusal Sağlık Sistemi ile toplum arasında danışma kurulu niteliğinde bir bağlantı halkası işlevi görmektir.

Yine Mahalle Sağlık Merkezi düzeyinde kurulan ikinci bir konsey, yürütme görevi görmekteydi (paritario). Bu grup arasında, Yörel Sağlık Konseyi'nden seçilen temsilcilerle Mahalle Sağlık Merkezi'nin müdürü bulunuyordu. Paritario'nun amacı, Yörel Sağlık Konseyi'nin önerileri uyarınca hareket etmektir ama nihai kararı alma hakkı, Mahalle Sağlık Merkezi müdürüne aittir.

Yine, alan hastanesi düzeyinde benzeri konseyler (alan konseyleri) ve yürütme organları (paritario) kurulmuştu. Onların da görev ve işlevleri benzer nitelikliydi ama ayrıca sağlık planla-

ması ve alan çapında hizmet ve olanakların eş— güdümlenmesi (koordinasyonu) yapıyordu.

Decreto—602'nin hükümlerini genişletmeye yönelik bir destek sağlanması amacıyla Ulusal Sağlık Sistemi aynı zamanda, sosyo—kültürel gelişmeyi sağlayacak bir program da başlattı. Bu program uyarınca bir sağlık ekibi, toplum temsilcileriyle birlikte çalışarak toplumun temel sağlık gereksinmelerini saptayacaktı. Sağlık ekibi, yerel örgütlerle işbirliği yaparak, çevre sakinlerinin çeşitli sağlık sorunlarını çözümlemeye yönelik kolektif eylemleri teşvik etti, halka sağlık eğitimi götürdü ve Yörel Sağlık Konseyinin Üyesi olarak halkın, çalışmalara doğrudan doğruya katılmasını sağlamaya çalıştı.

Decreto—602, Sağlık Sisteminde yapısal değişikliklere doğru atılmış ilk adımdı. Bu, güçler dengesinin değişmesine yol açacak ve toplumsal katılmayı özendirecek hükümler taşıyordu. Öte yandan bu yenilikler önemli zaaflar da taşıyordu. Konseyler ve sağlık ekiplerinin kuruluş şekli, var olan güç dengesini gerçekte değiştiremiyordu. Gerçi sağlık konseyleri ve **Paritario**'lardaki doktorların sayısı nispeten azdı (% 10—20 arasında) ama, bu örgütler esas olarak danışma organı niteliğindeydi. Fiilen karar alma yetkisi, mahalle Sağlık Merkezlerinin sağlık müdürlerine aitti.

Birçok sağlık görevlisi ve toplum üyeleri bu zaafların farkındaydı. Bazı yörelerde konseyler, halk desteğini harekete geçirerek etkinliklerini güçlendirme olanağını buldular. Halk baskısı bazı somut sonuçlar doğurdu. Örneğin, Şili Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mahalle Sağlık Merkezlerine doktor göndererek, buralardaki personel kıtlığını eleştiren halkın taleplerine karşılık verdi. Bu dönem boyunca öne sürülen diğer toplumsal talepler arasında tıbbi araç ve gereçlerin daha eşit dağıtılması, sağlık personelinin işe alınması ve çıkarılması işlemlerinin halk tarafından denetlenmesi, Yörel Sağlık Konseylerinin çalışma saatlerinin uzatılması ve sağlıkla ilgili işlevleri yerine getirebilecek halk önderlerinin yetiştirilmesi vardı.

1972 sonu ve 1973 başlarında halkın katılma oranı hızlandıkça, birçok Yerel Sağlık Konseyi, yiyecek dağıtımı, taşınması, çevre güvenliği ve endüstriyel üretim gibi işlerle uğraşan kurumlarla işbirliğine yöneldiler. Eldeki olanaklar yetersiz kalmaya başladığı zaman, konsey üyeleri, kendiliğinden kurulan «Sağlık Koruma Komiteleri'nde çalışmaya başladılar. Bu gruplar, halk gücünün gittikçe sesini duyulan biçimlerini oluşturdu. Bunlar, aynı zamanda, tıp mesleğindeki sıklıkla sık başvurduğu grev ve boykotlar sırasında da halk sağlığının korunması yolunda çok önemli çabalar göstermişlerdir.

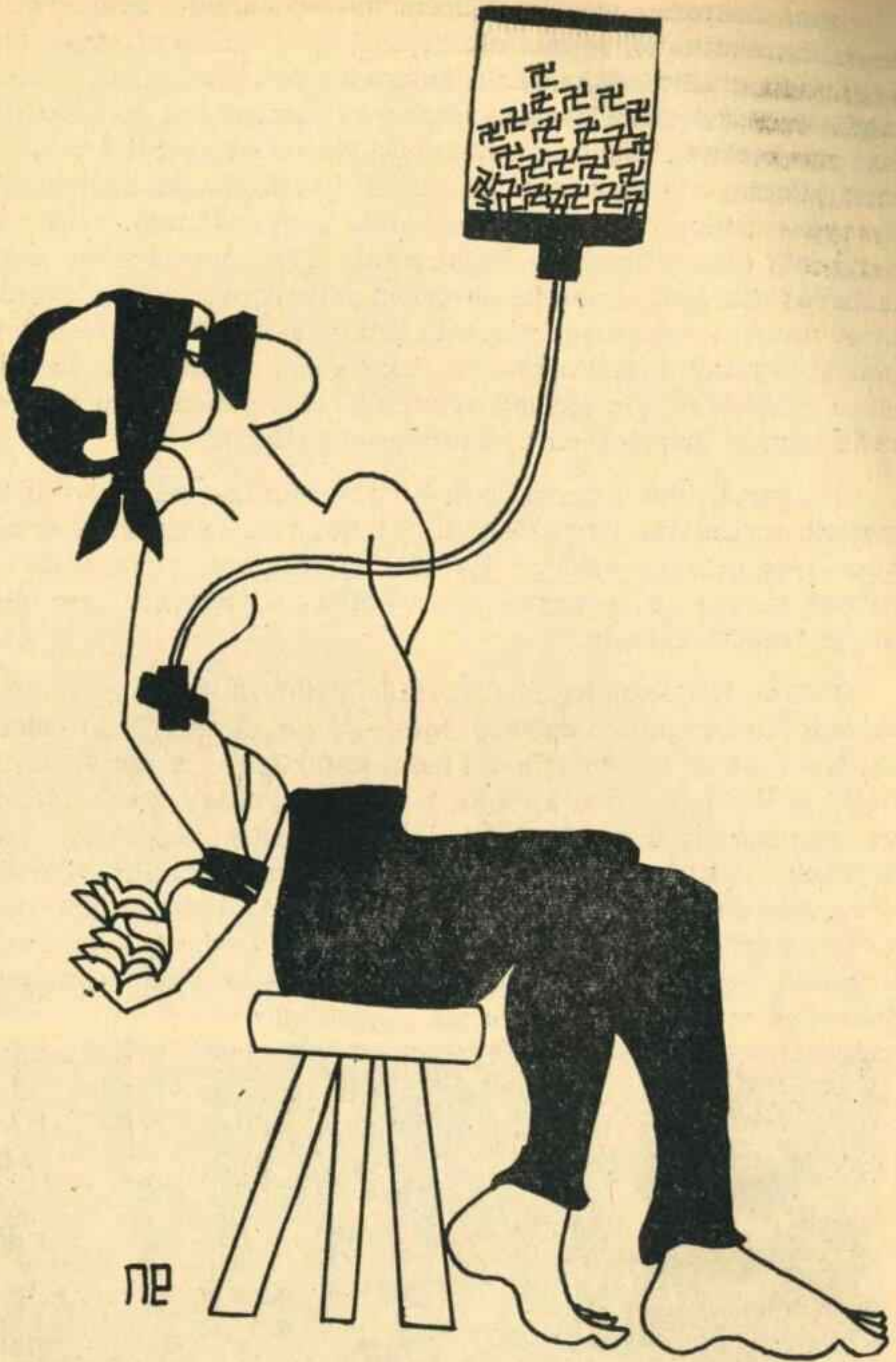
Hastane Düzeyi : Bir çok büyük hastanede, özellikle tıp fakültelerine bağlı olan hastanelerde de, mahalli düzeydeki bu yeniliklere koşut olarak, karar yetkisinin demokratikleştirilmesi doğrultusunda, değişiklikler oldu. Her ihtisas bölümünde (dahiliye, cerrahi, çocuk, v.b.) bir yönetim konseyi kuruldu. Konseyde meslekten olmayan işçilerin (müstahdem, hastabakıcı, bekçi, v.b.) temsilcileri ile meslek temsilcileri (doktor, hemşire, v.b.) yer almaktaydı. Yönetim Konseyi, personele ilişkin ve idari konularda kararlara varabiliyordu. Eskiden bu tür karar alma yetkisi, yüksek düzeydeki profesyonellerin elindeydi. Bölüm yönetim konseyleri, giderek, bir kurum olarak hastane yönetimini de etkilemeye başladı. Çünkü bunlar, tüm hastanenin politikasını saptayacak olan hastane konseyine temsilci gönderiyordu. Bu temsilciler arasında da hem meslekten, hem de meslek dışı personel bulunmaktaydı.

TIBBİ—POLİTİK BİR GERÇEK : SOSYALLEŞTİRİLMİŞ SAĞLIK HİZMETİ, BURJUVA MESLEK

Tıp mesleğindeki güçler ilişkisini değiştirme potansiyeli gösteren bu değişiklikler, pek az bir zorlama ile gerçekleştirildi. 1952'de onaylanan Ulusal Sağlık Servisi'nde çalışacak doktorların buna katılması zorunlu değildi. Özel muayenehane açabilir ya da Ulusal Sağlık Sistemi'nde çalışıp, bir yandan da özel muayenehane işletebilirlerdi. Belirli koşullar altında doktorlar, Ulusal Sağlık Sistemine bağlı devlet hastane ve kliniklerinde özel hastalarını görebilir ve karşılığında maaşlarına ek olarak muayene ücreti alabilirdi. Sonuç olarak, Şilili'li doktorların % 90'ı, Ulusal Sağlık Sistemi'ne bağlı devlet hastanelerinde en azından yarım—gün esasına göre çalışır olmuştı.

Özel ve kamusal sistemlerin bir arada varoluşu büyük eşitsizlikler yaratıyordu. Özel muayenehane açmanın parasal çekiciliği doktorları hastanede tam—gün çalışmamaya, ya da tam gün çalışsalar bile, özel hastalarına daha çok zaman ayırıp, diğer hastaları ihmal etmeye yöneltiyordu.

Sosyalist hükümetlerin işbaşında olduğu diğer ülkelerin tersine Halk Birliği, özel çalışmayı engelleyecek hiçbir yasal ya da ekonomik önlem almadı. Sağlık Bakanlığı özel ve devlet sektörleri arasındaki rekabetin yüksek maliyetinden yakınıyordu. Ulusal Sağlık Planlaması örgütü, ileride, sağlık hizmetlerindeki kaynakları birleştirip halka eşit olarak dağıtacak bir sistem öngörüyordu.



Yerel Sağlık Konseyleri ve Hastane Konseyleri'nin başarıları dışında hükümetin, sağlık sistemini değiştirme planlarının uygulanabilme gücü yoktu. Hükümetin sağlık sistemini yeniden kurma tasarılarına karşın, günlük işleyişin ayrıntılarında ve özel muayenehanelerin denetiminde pek az değişme oldu.

Ama doktorlar yine de, hükümetçe desteklenen demokratikleşme hareketinden ve mesleki hakimiyetlerinin zayıflaması olasılığından gittikçe daha fazla kaygılanmaya başladılar. Yörel Sağlık Konseyleri ve Hastane Konseyleri birkaç kez, işi aksattıkları gerekçesiyle, özel muayenehanesi olan doktorların geri çekilmesi talebini öne sürmüştü. Doktorlar, Ulusal Sağlık Sistemi'nin, muayene ettikleri özel hasta sayısında kısıntı yapmasından ve daha sıkı denetlenmekten korkuyordu. Yine, hükümetin daha fazla sayıda yardımcı sağlık personeli yetiştirme niyeti de doktorların mesleki hakimiyetini tehdit etmekteydi. 1972'de bazı toplumsal örgütler, kendi üyelerini, değişik sağlık konularında eğitmeye başladılar. Tıp mesleği, uzmanlık dallarındaki bu demokratikleşmeyi, büyük bir duyarlılıkta izlemekteydi.

Ne var ki, doktorların Halk Birliği rejimine karşı kuşkuları mesleki sorunlarla sınırlı değildi. Şili'nin orta ve üst sınıflarının birer üyesi olarak doktorlar, Halk Birliği hükümetinin son dönemlerinde ülkede baş gösteren mal ve hizmet yetersizliklerinden acı acı yakınmaktaydı.

1972'de Şili Tabipler Birliği, Halk Birliği hükümetine karşı şiddetli bir kampanya başlattı. Meslekten olanların % 30 kadarının Halk Birliği'nin amaçlarını hala destekliyor olmasına karşın, Tabipler Birliği bir dizi kınama bildirisi yayınladı. Ekim 1972'de kamyon sahiplerinin uyguladığı lokavtla birlikte başlayan ve ülkeyi felce uğratan «grev» sırasında doktorlar, acil durumlar dışında hasta kabul etmediler. Hastaneler ve Mahalle Sağlık Merkezleri; halkın, Yerel Sağlık Konseyleri'nin, yardımcı sağlık personelinin, sağlık işçilerinin ve hükümeti destekleyen az sayıda doktorun, müşterek gayretleriyle çalışabildi.



Şili'de iktidara gelen faşist cunta, daha ilk günden binlerce aydın, sanatçı ve diğer sınıftan halka karşı katliama girişti.

Bu arada hükümet karşıtı doktorlar, özel muayenehanelerinde, varlıklı hastalarını görmeye devam ediyordu. 1973 Eylül darbesinden hemen önceki haftalarda Tabipler Birliği'nin düzenlediği bir doktorlar grevi, Şili'nin Tıbbi Bakım Sistemini hareketsiz bıraktı. Güçler ilişkisindeki değişmelerden ürken ve ekonomik çankantılardan etkilenen tıp mesleği, askeri diktatörlüğe giden yolun açılmasına yardımcı oldu.

ŞİLİ FAŞİZMİ VE ANLAMI

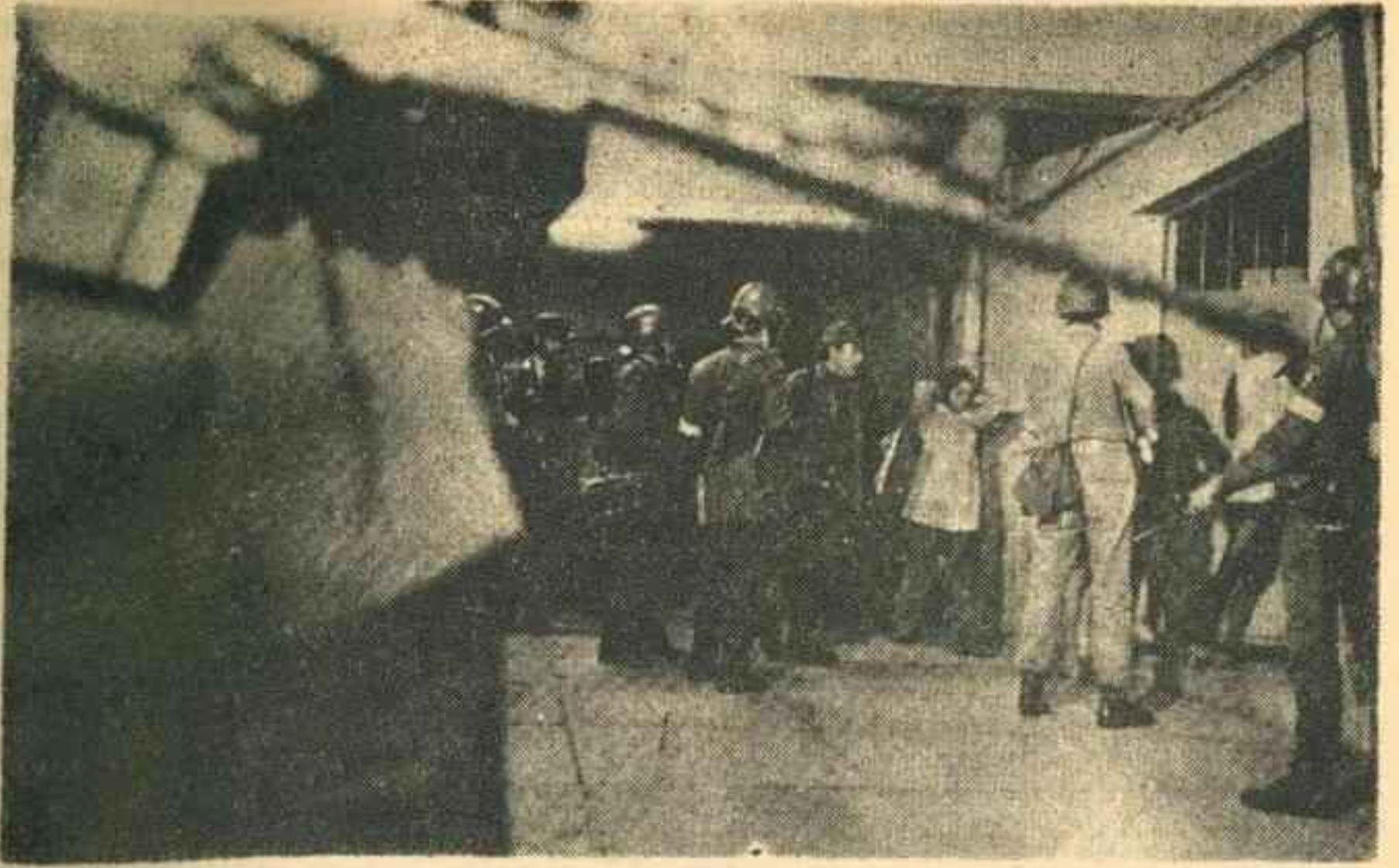
Şili faşizminin sağlık sistemi üzerinde büyük bir etkisi olmuştur. Mahalle Sağlık Merkezlerinin eski yöneticileri, diğer siyasi tutuklularla birlikte stadyumlara atılmıştır. En azından 35 doktor idam edilmiş ya da işkencede ölmüştür. Tıp fakültesi profesörleri, pratisyenler hapishanelere atılmıştır; doktorlara ve di-



2. Dünya Savaşında Alman faşistleri tarihin en kanlı sahnelerini yaratmaktan çekinmemişti. Aradan yıllar geçtikten sonra Şili'de yeşeren faşizm benzer sahneleri düzenlemekten geri kalmadı.

ğer sağlık işçilerine düzenli olarak işkence uygulanmıştır.

Darbeden sonra, cuntanın Sağlık Bakanlığı, sağlık personeli- ni üç kategoriye ayırdı: Siyasi bakımdan güvenilir; belirsiz (hastane yönetim kurullarınca değerlendirilecek) ve siyasi bakımdan tehlikeli («iflah olmaz»). Şili Tabipler Birliği genel sekreteri, cuntayı destekleyen doktorların, solcu meslektaşlarını kınadıklarını açıklamıştır. 1973 Ağustos'undaki greve karşı çıkan doktorlar kınanmaktadır. Ayrıca bazı doktorların, işkencecilerle işbirliği yaptığı, özellikle işkence seansları sırasında kullanılan ilaçları konusunda yardımcı olduklarını bildiren sayısız rapor vardır.



İşkenceler, idamlar, işten çıkarmalar.. Ayrıca düzenlenmesine çalışılan bir sağlık s'stemini yerle bir etme. Şili'deki faşistlerin yapabildikleri bunlardır.

Diktatörlük, Allende zamanında sağlık sisteminde yapılan tüm değişiklikleri ters—yüz etmiştir. Yoksul ve kırsal kesimlerde Mahalle Sağlık Merkezleri kapatılmış, ve bunların işlevi, genellikle çok uzakta bulunan hastanelere devredilmiştir. Sonuç olarak Şili'liler, bir kez daha, sağlık hizmeti sağlamakta büyük güçlüklerle karşılaşılıyor. Yerel Sağlık Konseyleri ve hastaneleri yöneten işçi—tüketici konseyleri dağıtılmıştır. Ülkenin hastanelerinin denetimi, cuntayı sürekli destekleyen Tabipler Birliği'ne resmen verilmiştir. Önleyici sağlık hizmetlerinin çoğu (çocuklara parasız süt dağıtımı gibi) durdurulmuş ya da özel iş adamlarına devredilmiştir.

Diktatörlük, tıp fakültelerinde koruyucu hekimlik, halk sağlığı ve toplum bilim kürsülerini kapatmıştır. Bu konuları öğreten öğretim üyeleri işten çıkartılmıştır; halk sağlığı programlarında gönüllü olarak çalışan ve solcu inançlarını dile getiren tıp öğrencileri okuldan kovulmuştur. Sağlık işçileri sendikasının 45,000 üyesinden 12,000'i, Halk Birliği hükümeti'ni destekledikleri gerekçesiyle, tazminat ödenmeden işten çıkartılmıştır. Yine yardımcı sağlık personeli sendikasının 18,000 üyesinden 6000'i işten atılmıştır. Ulusal Sağlık Sistemi göstermelik bir örgüt haline gelmiştir. Çünkü sağlık hizmeti hemen hemen tümüyle özel doktorların denetimine geçmiştir.

Halk Birliği deneyimi de gösteriyor ki, mesleki hakimiyeti (ekonomik ve politik hakimiyet gibi) elinde tutanlar, servetin ve hakimiyetin yeniden dağıtılmasına, mücadele etmeksizin izin vermeyecektir. Şili deneyimi, tıp mesleği seçkinleri tabakasının, toplum içindeki egemen konumu tehdit edilmediği sürece, ancak bu koşulla, yasa' jüreçlere sadık kalabileceğini belgeliyor. Şili diktatörlüğünün eylemleri, bir sağlık sistemi kurma yönündeki halk hareketini bastırmak için kullanılan taktikleri gösteriyor.

TAHLİL: SAĞLIK HİZMETİ, DEVLET VE TOPLUMSAL DEVRİM

Şili deneyiminden üç genel esas ortaya çıkıyor. Bu esaslar sağlık hizmeti ile ülkenin politik ve ekonomik sistemleri arasındaki bağlantılarla, sınıflı toplumun sağlık sisteminde yansıyan iç çatışmalarıyla, ve sağlık hizmetlerinde küçük reformlar yerine, devlet gücü ve toplum düzeninde temel değişikliklerin yapılması sorunlarıyla ilintilidir.

İlk olarak, tüm toplumlarda, ama özellikle üçüncü dünyada sağlık hizmeti, ülkenin politik ve ekonomik sistemlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlık sistemindeki birçok ilerici reformlara karşın, sağlık hizmeti ve diğer toplumsal hizmetlerin halka ulaştırılması için, gerekli ekonomik kaynakların kısıtlılığı, Halk Birliği hükümetini sürekli olarak engelliyordu.

Sahip oldukları sınırlı kaynakları sömüren güçler karşısında, yoksul ülkeler özellikle duyarlıdır. Birçok üçüncü dünya ülkesi gibi Şili de gelişmiş ülkelere bağımlıdır. Şili'de tıbbi gereçler ve ilaç gibi hayati maddeler ithal edilir ya da ABD şirketlerinin uzantıları tarafından üretilir. Halk Birliği hükümeti belirli endüstrileri ulusallaştırmaya yeltendiğinde, fazlasıyla dışa bağımlı olan bu ülkeye kredi ve borç kapılarını kapatan uluslararası çıkar çevreleri ekonomik bir bunalım yarattılar. Bu ekonomik boykot, tıp mesleğindekiilerin araç ve gereçlerinde de yetersizlikler yarattı.

Şili gibi ülkelerde, dışa bağımlılığa ek olarak, yabancı ülkeler tarafından ülkenin insan ve doğal kaynaklarının tüketildiğine tanık olunur. Sağlık sektörünün bizzat kendisi içinde, üçüncü dünya'dan gelişmiş ülkelere net bir akış olur. Şili gibi ülkelerde eğitilen doktorlar, ABD gibi gelişmiş ülkelere göç eder ve böylece yoksul ülkenin insan kaynağında ve sermaye yatırımında bir azalma ortaya çıkar. Bazı araştırmacılar, üçüncü dünya'dan ABD'ne göç eden doktorlar yüzünden Latin Amerika'nın yıllık

kaybının 200 milyon dolar olduğunu öne sürüyor. Bu sayı, ABD'nin 1960—1970 yılları arasında Latin Amerika'ya verdiği tıbbi yardıma eşittir. Bu sayı, Şili'nin 1970 yılında eğitim için ayırdığı harcamanın tamamına eşittir. Dışa bağımlılık ve kapitalist sömürü kapsamı içinde, insan ve doğal kaynakların ülkeyi yüksek sayılarla terkettiği bir durumda, Şili gibi üçüncü dünya ülkelerinden hiçbirinde sağlık hizmetlerinin gerçekten gelişmesi beklemez.

Şili deneyinden çıkarılacak ikinci bir ders; Sağlık sistemindeki iç çatışmalar, sınıflı toplumun iç çatışmalarını küçük düzeyde yansıtır. Her sosyalist hükümet toplumsal sınıf sorununu ele almak zorundadır. Köken ya da mesleki yer değiştirme nedeniyle tıp mesleği mensupları, büyük ya da orta burjuvazi sınıfına girerler. Bu haliyle onların sınıf çıkarları, genellikle, mal ve hizmetlerin daha eşit dağılımı doğrultusundaki ilerlemelerle çatışır.

Bankacılar ve şirket yöneticileri gibi doktorların da, yoksulluğun tutsağı haline gelmiş insan kitleleri uğruna gönüllü olarak vazgeçemeyecekleri ekonomik çıkarları ve geleneksel bir yaşama tarzları vardır. Ekonomik çıkarların yanısıra, tıp mesleği mensupları, çalıştıkları yerlerde ağırlığı olan görevlere getirilirler. Doktorlar, teknik ustalıkları nedeniyle, sağlık politikaları üzerinde mesleki hakimiyet kurma hakkına sahip olduklarına inanırlar. Onların mesleklerini icra etme koşullarının denetlenmesinde, profesyonel hakimiyetlerini azaltabilecek tüm yenilikler birer tehdit sayılır.

«Şili'de tıp mesleği», Halk Birliği hükümetinin sağlık sistemine karşı çıktı. Meslekten olanların karşı koyduğu girişimler arasında yardımcı sağlık personeli eğitimi, tıp öğrenim süresinin kısaltılması, yabancı doktorların ülkeye gelmelerinin teşvik edilmesi ve sağlık politikası üzerinde tüketici ve işçilerin söz sahibi kılınması vardı. Üst ve orta sınıfların üyeleri olarak tıp mensupları, tüketim malları edinmeye de değer verirler. Şili bunları büyük ölçüde yabancı borç ve krediler karşılığında ithal etmiş ya da üretmiştir. Tüketim maddelerini azaltan ekonomik baskı karşısında tıp mesleği, özellikle duyarlılıktı. Ve böylece Halk Birliği hükümeti, bir burjuva mesleğin çıkarları ile sürekli bir çatışma içine girdi.

Üçüncü ve en önemlisi, Şili deneyi göstermiştir ki, toplumsal düzen değişmedikçe sağlık hizmetinde yapılacak küçük reformların fazla bir anlamı yoktur. Anayasal seçim süreciye işbaşına gelen Allende'nin elinde gerçek devlet iktidarı yoktu. Yani koalisyon hükümeti heterojen bir nitelik taşıyordu ve askeri, yargı,

yasama ya da meslek erki üzerinde denetimi yoktu. Tıp sorunlarında Allende ve destekçilerinin devlet gücüne sahip olmayışı, sağlık hizmetlerini yeniden şekillendirmelerine olanak vermedi. Halk Birliği hükümeti, Şili'de özel bakım sisteminin devamının, eşitlikçi bir sağlık sisteminin kurulmasını engellediğini görüyordu. Gerek hükümet ve gerekse sol muhalefet, sağlık hizmetinde özel ve kamu sektörlerinin birlikte varoluşunun yüksek maliyetini ve yararsız olduğunu kabul ediyordu. Allende zamanında Şili'nin toplam sağlık harcamalarının % 40'ı, nüfusun % 80'ine hizmet götüren Ulusal Sağlık Sistemi'ne gidiyordu. Öte yandan toplam sağlık harcamalarının yüzde 60'ı, nüfusun yüzde 20'sine hizmet eden özel doktorlara gidiyordu. Özel sektörün güçlü olması aynı zamanda, sağlık personel ve olanaklarının da eşitsiz dağılımına yol açıyordu; ülkedeki doktorların yüzde 60'ı başkent Santiago'daydı; Santiago içinde de zengin mahallelerde bulunan doktor sayısı, yoksul kesimlerininkinin altı kat fazlasıydı.

Gerçi halkın sağlığını düzeltmek için hükümet bir dizi program hazırladı ama bunların hiçbiri sağlık sisteminde kalıcı değişiklikler yaratmadı. Anne ve çocuklara süt dağıtmak, yeterli bakımı güvenceye almak için gerçekleştirilmesi gereken yapısal değişiklikler gözönüne alındığında, tatmin edici olmaktan çok uzak bir örnektir. Parasal bakımdan avantajlı olanlar karşısında yoksulları ezen bir özel kamusal ikilemindeki içsel eşitsizlik, Allende ve danışmanlarının bildiği birşeydi. Şili'deki çok büyük eşitsizlik sorunlarının, özel kesime karşı bir takım zorlayıcı kısıtlamalar getirmeden nasıl çözümlenebileceğini anlamak zordur. Aynı şekilde, tüm doktorların mesleklerinde en azından birkaç yılı, personel eksikliği çekilen kırsal ve kentsel bölgelerde çalışmaya ayırmaları için bazı hükümler getirilmedikçe eşitlik sağlanamaz. Halk Birliği hükümeti gerçek anlamda iktidara sahip olmadığından, sağlık sistemini devletleştirme girişiminde bulunamadı. Özel kamusal ikilemindeki eşitsizlikleri düzeltmek yolunda hükümetin niyetleri, hemen hemen tümüyle teoride kaldı.

Allende, kendi başkanlığını bir geçiş dönemi olarak görüyordu. Bu dönemde yapılacak bir dizi reformlar, toplumun sosyalist yeniden kuruluşuyla sonuçlanacaktı. Hükümet Mahalli Sağlık Merkezlerinin, işçi örgütlerinin ve diğer gruplaşmaların kurulmasını teşvik ediyordu. Bunların nihai amacı Şili toplumundaki güç ilişkilerini tümüyle değiştirmek olacaktı. Ne var ki, bazı istisnalar dışında, bu örgütler hedeflerini gerçekleştiremediler. Mahalli sakinleri ve sağlık görevlilerini, sağlık politikası üzerinde söz sahibi yapmak için kurulan yerel Sağlık Konseylerinde bile, ger-

çek kararları alma yetkisi, tıbbi yöneticilere ait olarak kaldı. Mesleki hakimiyetin sürmesine karşılık, halkın topyekun seferber edilmesi, az da olsa, sağlanabildi. Yine de, hükümetin halk denetimini teşvik etmesine karşın, geleneksel iktidar yapısının yeniden düzenlenmesi amacı gerçekleştirilemedi.

Şili deneyimi, toplumdaki hakim grupların, iktidarı barış içinde teslim etmeyeceğini gösteriyor. Bu açıdan bakıldığında, öyle görülüyor ki, tıbbi bakım üzerinde halkın denetimini kurmak için iktidar yapısında esaslı değişiklikler gereklidir.

Barış içinde sosyalizme geçiş ve demokratik sağlık sistemi kurma potansiyelinin belki de her yerdekinden daha çok olduğu Şili'le, halk denetiminin barışçıl yollardan kurulabileceği umudu boş çıkmıştır. Sağlık görevlileri ve tüketiciler, her zamankinden daha fazla olarak, insancıl bir sağlık sistemi uğruna mücadelelenin, aynı zamanda toplumsal düzende kökten değişiklik uğruna mücadelelenin, aynı zamanda toplumsal düzende kökten değişiklik uğruna mücadele etmeksizin, başarıya ulaşamayacağını öğrenmelidir.

Hekim Dışı Sağlık Personeli İçinde Köy Ebelerinin Eğitim Sorunları

Dr. Zafer ÖZTEK
Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Toplum
Hekimliği Bölümü.

«Hekim dışı sağlık personeli» de-
yimi pek çok meslek sınıflarını içe-
rir. Bu gruba hemşirelik, ebelik, çevre
sağlığı, dişçilik, hayvan sağlığı, ecza-
cılık, fizyoterapi, istatistik, mikrobiyo-
loji vb. gibi hizmet dalları dahil edil-
miştir. Ancak bu dallar arasında ebe-
lik hizmetlerinin özel bir yeri vardır.
Çünkü, ülkemizdeki tüm ölümlerin ya-
rısından fazlasını bebeklik ve çocuk-
luk dönemlerinde ölenlerin oluşturdu-
ğu, bebek ölüm hızının yüksek oldu-
ğu, en önemli hastalıkların ilk sıra-
larını çocukluk döneminin korunulabi-
lir hastalıklarının olduğu ve ana ö-
lümlerinin yüksekliği gözönüne alınır-
sa, ana — çocuk sağlığı hizmetleri-
nin ülkemiz için ne denli önemli bir
hizmet olduğu ortaya çıkar. Türkiye
için en geçerli hizmet modeli olarak
kabul edilen «sağlık hizmetlerinin sos-

yalleştirilmesi» uygulamalarında bu
hizmet bütün ağırlığı ile köy ebeleri-
nin omuzlarına yüklenmiştir.

O halde diğer sağlık hizmetleri
arasında ana — çocuk sağlığı ne
denli önemli ise, bu hizmeti veren
köy ebeleri de o denli önemli olmak
gerekir. Bu bakımdan, bu tartışmada
köy ebelerinin eğitim sorunlarına ağır-
lık verilmiştir.

Halen ülkemizde köy ebeleri ilk
okuldan sonra üç yıllık eğitim veren
«sağlık okulları» nda yetişmektedirler.
Bu okullara girebilmek için ilkokul
mezunu olmak yanında 15 yaşını da
aştırmış olmak gerekir. Sağlık okul-
ları iki bölüm şeklinde öğretim yap-
maktadırlar:

1. Ana — Çocuk Sağlığı Bölümü

kaybının 200 milyon dolar olduğunu öne sürüyor. Bu sayı, ABD'nin 1960—1970 yılları arasında Latin Amerika'ya verdiği tıbbi yardıma eşittir. Bu sayı, Şili'nin 1970 yılında eğitim için ayırdığı harcamanın tamamına eşittir. Dışa bağımlılık ve kapitalist sömürü kapsamı içinde, insan ve doğal kaynakların ülkeyi yüksek sayılarla terkettiği bir durumda, Şili gibi üçüncü dünya ülkelerinden hiçbirinde sağlık hizmetlerinin gerçekten gelişmesi beklene-
mez.

Şili deneyinden çıkarılacak ikinci bir ders; Sağlık sistemindeki iç çatışmalar, sınıflı toplumun iç çatışmalarını küçük düzeyde yansıtır. Her sosyalist hükümet toplumsal sınıf sorununu ele almak zorundadır. Köken ya da mesleki yer değiştirme nedeniyle tıp mesleği mensupları, büyük ya da orta burjuvazi sınıfına girerler. Bu haliyle onların sınıf çıkarları, genellikle, mal ve hizmetlerin daha eşit dağılımı doğrultusundaki ilerlemelerle çatışır.

Bankacılar ve şirket yöneticileri gibi doktorların da, yoksulluğun tutsağı haline gelmiş insan kitleleri uğruna gönüllü olarak vazgeçemeyecekleri ekonomik çıkarları ve geleneksel bir yaşama tarzları vardır. Ekonomik çıkarların yanı sıra, tıp mesleği mensupları, çalıştıkları yerlerde ağırlığı olan görevlere getirilirler. Doktorlar, teknik ustalıkları nedeniyle, sağlık politikaları üzerinde mesleki hakimiyet kurma hakkına sahip olduklarına inanırlar. Onların mesleklerini icra etme koşullarının denetlenmesinde, profesyonel hakimiyetlerini azaltabilecek tüm yenilikler birer tehdit sayılır.

«Şili'de tıp mesleği», Halk Birliği hükümetinin sağlık sistemine karşı çıktı. Meslekten olanların karşı koyduğu girişimler arasında yardımcı sağlık personeli eğitimi, tıp öğrenim süresinin kısaltılması, yabancı doktorların ülkeye gelmelerinin teşvik edilmesi ve sağlık politikası üzerinde tüketici ve işçilerin söz sahibi kılınması vardı. Üst ve orta sınıfların üyeleri olarak tıp mensupları, tüketim malları edinmeye de değer verirler. Şili bunları büyük ölçüde yabancı borç ve krediler karşılığında ithal etmiş ya da üretmiştir. Tüketim maddelerini azaltan ekonomik baskı karşısında tıp mesleği, özellikle duyarlılıktı. Ve böylece Halk Birliği hükümeti, bir burjuva mesleğin çıkarları ile sürekli bir çatışma içine girdi.

Üçüncü ve en önemlisi, Şili deneyi göstermiştir ki, toplumsal düzen değişmedikçe sağlık hizmetinde yapılacak küçük reformların fazla bir anlamı yoktur. Anayasal seçim süreciye işbaşına gelen Allende'nin elinde gerçek devlet iktidarı yoktu. Yani koalisyon hükümeti heterojen bir nitelik taşıyordu ve askeri, yargı,

yasama ya da meslek erki üzerinde denetimi yoktu. Tıp sorunlarında Allende ve destekçilerinin devlet gücüne sahip olmayışı, sağlık hizmetlerini yeniden şekillendirmelerine olanak vermedi. Halk Birliği hükümeti, Şili'de özel bakım sisteminin devamının, eşitlikçi bir sağlık sisteminin kurulmasını engellediğini görüyordu. Gerek hükümet ve gerekse sol muhalefet, sağlık hizmetinde özel ve kamu sektörlerinin birlikte varoluşunun yüksek maliyetini ve yararsız olduğunu kabul ediyordu. Allende zamanında Şili'nin toplam sağlık harcamalarının % 40'ı, nüfusun % 80'ine hizmet götüren Ulusal Sağlık Sistemi'ne gidiyordu. Öte yandan toplam sağlık harcamalarının yüzde 60'ı, nüfusun yüzde 20'sine hizmet eden özel doktorlara gidiyordu. Özel sektörün güçlü olması aynı zamanda, sağlık personel ve olanaklarının da eşitsiz dağılımına yol açıyordu; ülkedeki doktorların yüzde 60'ı başkent Santiago'daydı; Santiago içinde de zengin mahallelerde bulunan doktor sayısı, yoksul kesimlerininkinin altı kat fazlasıydı.

Gerçi halkın sağlığını düzeltmek için hükümet bir dizi program hazırladı ama bunların hiçbirisi sağlık sisteminde kalıcı değişiklikler yaratmadı. Anne ve çocuklara süt dağıtmak, yeterli bakımı güvenceye almak için gerçekleştirilmesi gereken yapısal değişiklikler gözönüne alındığında, tatmin edici olmaktan çok uzak bir örnektir. Parasal bakımdan avantajlı olanlar karşısında yoksulları ezen bir özel kamusal ikilemindeki içsel eşitsizlik, Allende ve danışmanlarının bildiği birşeydi. Şili'deki çok büyük eşitsizlik sorunlarının, özel kesime karşı bir takım zorlayıcı kısıtlamalar getirmeden nasıl çözümlenebileceğini anlamak zordur. Aynı şekilde, tüm doktorların mesleklerinde en azından birkaç yılı, personel eksikliği çekilen kırsal ve kentsel bölgelerde çalışmaya ayırmaları için bazı hükümler getirilmedikçe eşitlik sağlanamaz. Halk Birliği hükümeti gerçek anlamda iktidara sahip olmadığından, sağlık sistemini devletleştirme girişiminde bulunamadı. Özel kamusal ikilemindeki eşitsizlikleri düzeltmek yolunda hükümetin niyetleri, hemen hemen tümüyle teoride kaldı.

Allende, kendi başkanlığını bir geçiş dönemi olarak görüyordu. Bu dönemde yapılacak bir dizi reformlar, toplumun sosyalist yeniden kuruluşuyla sonuçlanacaktı. Hükümet Mahalli Sağlık Merkezlerinin, işçi örgütlerinin ve diğer gruplaşmaların kurulmasını teşvik ediyordu. Bunların nihai amacı Şili toplumundaki güç ilişkilerini tümüyle değiştirmek olacaktı. Ne var ki, bazı istisnalar dışında, bu örgütler hedeflerini gerçekleştiremediler. Mahalli sakinleri ve sağlık görevlilerini, sağlık politikası üzerinde söz sahibi yapmak için kurulan yerel Sağlık Konseylerinde bile, ger-

çek kararları alma yetkisi, tıbbi yöneticilere ait olarak kaldı. Mesleki hakimiyetin sürmesine karşılık, halkın topyekun seferber edilmesi, az da olsa, sağlanabildi. Yine de, hükümetin halk denetimini teşvik etmesine karşın, geleneksel iktidar yapısının yeniden düzenlenmesi amacı gerçekleştirilemedi.

Şili deneyimi, toplumdaki hakim grupların, iktidarı barış içinde teslim etmeyeceğini gösteriyor. Bu açıdan bakıldığında, öyle görülüyor ki, tıbbi bakım üzerinde halkın denetimini kurmak için iktidar yapısında esaslı değişiklikler gereklidir.

Barış içinde sosyalizme geçiş ve demokratik sağlık sistemi kurma potansiyelinin belki de her yerdekinden daha çok olduğu Şili'le, halk denetiminin barışçıl yollardan kurulabileceği umudu boş çıkmıştır. Sağlık görevlileri ve tüketiciler, her zamankinden daha fazla olarak, insancıl bir sağlık sistemi uğruna mücadelelenin, aynı zamanda toplumsal düzende kökten değişiklik uğruna mücadelelenin, aynı zamanda toplumsal düzende kökten değişiklik uğruna mücadele etmeksizin, başarıya ulaşamayacağını öğrenmelidir.

Hekim Dışı Sağlık Personeli İçinde Köy Ebelerinin Eğitim Sorunları

Dr. Zafer ÖZTEK

Hacettepe Üniversitesi

Tıp Fakültesi, Toplum

Hekimliği Bölümü.

«Hekim dışı sağlık personeli» de-
yimi pek çok meslek sınıflarını içe-
rir. Bu gruba hemşirelik, ebelik, çevre
sağlığı, dişçilik, hayvan sağlığı, ecza-
cılık, fizyoterapi, istatistik, mikrobiyo-
loji vb. gibi hizmet dalları dahil edil-
miştir. Ancak bu dallar arasında ebe-
lik hizmetlerinin özel bir yeri vardır.
Çünkü, ülkemizdeki tüm ölümlerin ya-
rısından fazlasını bebeklik ve çocuk-
luk dönemlerinde ölenlerin oluşturdu-
ğu, bebek ölüm hızının yüksek oldu-
ğu, en önemli hastalıkların ilk sıra-
larını çocukluk döneminin korunulabi-
lir hastalıklarının oluştuğu ve ana ö-
lümlerinin yüksekliği gözönüne alınırsa,
ana — çocuk sağlığı hizmetleri-
nin ülkemiz için ne denli önemli bir
hizmet olduğu ortaya çıkar. Türkiye
için en geçerli hizmet modeli olarak
kabul edilen «sağlık hizmetlerinin sos-

yalleştirilmesi» uygulamalarında bu
hizmet bütün ağırlığı ile köy ebeleri-
nin omuzlarına yüklenmiştir.

O halde diğer sağlık hizmetleri
arasında ana — çocuk sağlığı ne
denli önemli ise, bu hizmeti veren
köy ebeleri de o denli önemli olmak
gerekir. Bu bakımdan, bu tartışmada
köy ebelerinin eğitim sorunlarına ağır-
lık verilmiştir.

Halen ülkemizde köy ebeleri ilk
okuldan sonra üç yıllık eğitim veren
«sağlık okulları» nda yetişmektedirler.
Bu okullara girebilmek için ilkokul
mezunu olmak yanında 15 yaşını da
dolurmuş olmak gerekir. Sağlık okul-
ları iki bölüm şeklinde öğretim yap-
maktadırlar:

1. Ana — Çocuk Sağlığı Bölümü

2. Medikal Bakım Bölümü.

Birinci bölümden mezun olanlar köy ebesi, ikinci bölümden mezun olanlar ise hemşire yardımcısı ünvanı alırlar.

Sağlık okullarında kaba hatları ile okul ders programı işlenir. Bu derslerin yanı sıra meslekî öğretim de yapılır. Öğrenimin ilk iki yılında kültür derslerine ağırlık verilmiştir.

Aşağıdaki tablo sağlık okullarının ders programının ana hatlarını belirlemektedir.

Sağlık Okulları Ders Programı
(Haftada saat olarak)

DERSLER	SINIFLAR		
	1	2	3
Meslek dersleri	—	17	40
Sağlığı koruma			
(Teorik)	2	—	—
(Pratik)	8	—	—
Kültür dersleri	29	19	4
Salgın hastalıklar	—	1	—
İlk yardım	—	1	—
Toplam	39	39	44

Kaynak: Sağlık Okulları Müfredat Programı.

Sağlık okullarının ana — Çocuk Sağlığı bölümünde (Ebelik bölümü) meslekî ders olarak ana sağlığı ve çocuk sağlığı; medikal bakım bölümünde ise hasta bakımı ve hastalıklar bilgisi okutulmaktadır. Bu derslerin pratikleri genellikle o okula yakın bir devlet hastanesi ya da doğum evinde yaptırılmaktadır. Esasen bu

okulların böyle bir kurumun yakınında kurulmasına özen gösterilmektedir.

Ebelerin eğitimlerine kabaca göz attıktan sonra bir soruya cevap arayalım. Bu personel ileride yapacakları hizmete uygun olarak yetiştirilmekte midir? Bu sorunun cevabını bazı incelemelere ve araştırmalara dayanarak vermek gerekir. Bu araştırmalar, bu personelden beklenen hizmetleri ve başarılarını ölçücü — değerlendirici nitelikte olmalıdır. Ancak bu tip araştırmalar ne yazık ki ülkemizde şimdiye dek amaca uygun olarak pek yapılmamıştır. Yapılanlar da sayılacak kadar azdır. Esasen «fonksiyonel analiz» yönteminde yapılması gereken bu araştırmalar görüldüğü gibi kolay da olamamaktadır. Bu bakımdan, bir sağlık ekibi içinde adı geçen personelle birlikte çalışmış bir kişi olarak bazı gözdemlerimi belirtmekle yetineceğim.

Köy ebeleri mezun olduktan sonra, ya hükümet tabiplerine bağlı grup ebeleri olarak ya da sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği yörelerde sağlık evi ebesi olarak hizmet görmeye başlarlar. Buralarda kendilerinden ana sağlığı hizmetleri (Doğum öncesi bakım, doğumların yaptırılması, doğum sonu bakım, aile planlaması vb.), çocuk sağlığı hizmetleri (0—6 yaş çocuk izlemeleri) kayıt ve istatistik işleri (doğum ve ölümlerin bildirimi, bazı istatistik bilgilerin toplanması, aile esbitleri), acil yardım hizmetleri, sağlık eğitimi, gibi hizmetler beklenmektedir. Bunların yanı sıra ebeler hekimin önereceği diğer işleri de yapmakla yükümlüdür.

Görölmektedir ki, bu personelden beklenen işler ile bu personelin okul sıralarında aldıkları öğrenim arasında uyumsuzluklar bulunmaktadır. Her şeyden önce bu personel köylerde hizmet görmektedir. Fakat, ebelik öğretimi şehir koşullarında ve hastane koşullarında yapılmaktadır. Hastane koşullarında doğum yaptırmasını, yalnızca hastaneye başvuran kişilerle ilişki kurmasını öğrenmiş bir ebe için köy evlerinde doğum yaptırmak, gebeyi ailesi içinde ve ailesi ile birlikte ele alıp izlemek, bu tip bir eğitimden geçmemiş bir kişi için, hiç kuşkusuz güç olacaktır.

Öte yandan, bu personelin temel mesleği olan ebelik bilgilerinin de yetersizliği dikkat çekmektedir. Öğrencilik yıllarında yalnızca 2 doğum yaptırarak doğum pratiği kazandırıldığı zan nedilen ebelerle sık sık karşılaşmışızdır. Böyle bir ebeden bir köy evinde, yalnız başına bir makadî doğumun sorumluluğunu üstlenmesini beklemek en azından insafsızlık olacaktır. Bunun nedenleri ortadadır. Hemen bütün sağlık okullarında öğretmen kadrolarında açıklar olduğu gerçektir. Bu gerçek sağlık okulları yönetmeliğine de yansımıştır. Bu yönetmeliğin 102. maddesinin (d) fıkrası şöyle demektedir: «Öğretmensizlik sebebiyle, öğrenci her iki kanaat dönemi için not alamamış ise, yine geçer not alan öğrenci gibi, o dersten başarılı sayılır.» Bu demektir ki, önemi ne olursa olsun, herhangi bir ders o öğrenciye öğretilmemiş olsa bile öğrendiği kabul edilip mezun edilebilir ve bu personele o konuda sorumluluk verilebilir. Böylesine açık bir maddenin geçersizliğini tartışma-

ya bile gerek yoktur. Kaldı ki o dersin öğretmeni olsa bile bu öğretmen o dersi böylesine önemli bir meslek sınıfına öğretebilecek yeterlilikte midir? Örneğin sağlık okullarında ana sağlığını bir kadın — doğum uzmanının öğretmesi şartı yoktur. Bu ders bir pratisyen hekimce de verilebilmektedir. Görölmektedir ki sağlık okullarında öğretmen yetersizliği bir sorundur.

Öte yandan, bu personelden beklenen hizmetlerin bir kısmı, ders programlarında hiç yer almamıştır. Örneğin, bugün üzerinde önemle durulan ve köy ebelerinin de katkısı ile yürütölen aile planlaması konusu, sağlık okulları dersleri arasında bulunmamaktadır. Bunun bir başka örneği de yine önemle üzerinde durduğumuz ve ebelerden beklediğimiz kayıt işlemleridir.

Yukarıda adı geçen ve ebelerden beklenen tüm hizmetler, ev ziyaretlerini ve gezici hizmetleri gerektirmektedir. Toplum hekimliğinin temel prensiplerinden biri de kişiyi evinde, aile ortamında değerlendirmek ve eğitmektir. Bu iş özel bir bilgi, yetenek ve gayret ister. Ev ziyaretleri tekniği bugün başlı başına bir konu olarak kabul edilmektedir. Hizmetinin hemen yüzde yüzünü bu yöntemle yürütecek bir personelin, ev ziyareti tekniği hakkında hiçbir bilgi ile donatılmaksızın hizmete atılması, elbetteki hizmetin başarısına da yansımacaktır. Bu yöntemin teknik yönü bir tarafa adı geçen personelin en azından bu tip bir hizmetin gereğine inanmış olarak hizmet görmesi gerekir. Diğer bir

değişle ebeler bu hizmet için motive edilmiş olmalıdırlar. Bir hizmet o işi yapan personel tarafından benimsermeden başarılı bir şekilde yürütülemez. Bunun örneği birçok kez sağlanı çocuk izlemeleri ve ev ziyaretleri yapmayan ebelerce verilmiştir.

Halka yapılan sağlık eğitiminin önemi tartışılmaz. Şuna inanmayan yoktur ki, toplumun sağlık anlayışı değiştirilmek isteniyorsa, sağlık, düzeyi yükseltilmek isteniyorsa bunun yollarından en geçerli olanı kişileri eğitmektir. Tüm sağlık personelinin başta gelen görevlerinden biri de budur. Ebeler ve hemşireler bu grubun dışında değil, hattâ başındadır. Çünkü halkla iç içe yaşamakta, hergün onlarla birlikte bulunmaktadırlar. O halde halk her derdini ebe ve hemşireye açacak onlardan cevap bekleyecektir. Ebe ve hemşireler de her fırsatta ailenin sağlıkla ilgili sorunlarına eğilecek, onları eğitecektir.

Aslında sağlık eğitiminin bu personel tarafından yaptırılmasının başka avantajları da vardır. Sağlık eğitiminin temel prensiplerinden biri de eğitilen kişi ile eğiten kişinin aynı költürden gelen kişiler olmasıdır. Bu yüzden «kişi en iyi komşusundan öğrenir» denilir. Çünkü birbirlerinin yaşamını, dillerini, sorunlarını en iyi bilen kişilerdirler. Bu nedenle ebelerin sağlık eğitimindeki başarıları hiç kuşkusuz bir hekimin başarısından yüksek olacaktır. Ancak, bu hizmete fazlasıyla güvendiğimiz ebelerimizin, yeterli sağlık költürü ve bilgisi düzeyinde olmaları gerekir.

Bunun böyle olmadığı bazı örneklerle ortadadır. Örneğin 1973 yılında Etimesgut Sosyalleştirme bölgesinde yapılan bir araştırmada görülmüştür ki ebelerimizin bir kısmı bilmeleri gerekli konular arasından seçilmiş çok basit sorulara dahi cevap verememişlerdir. Örneğin, tüberküloz nedir? sorusuna «geri zekâalılıktır» şeklinde cevap veren ebelere rastlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen değer ortalaması üzüntü vericidir. Ancak aynı araştırmada Etimesgut bölgesinde çalışan ebelerin çok daha iyi oldukları saptanmıştır. Bunun nedeni nedir? Aynı okullardan mezun olup hemen hemen aynı görevi gören bu ebeler arasında neden bir farklılık bulunmaktadır? Bu soruların cevabı basittir: Denetim ve hizmet içi eğitimi. Çağdaş anlamda denetim hizmetini aksatanlara ceza vermek değildir. Denetim hizmette aksayan durumları ortaya çıkarıp o hizmeti yapan personele hizmette daha başarılı olmanın yollarını gösterme, onu hizmeti sırasında eğitmektir. Bunu kim yapacaktır? Bunu ebe ile aynı ekipte görev alan tüm sağlık personeli, hemşire, sağlık memuru, hekim yapacaktır.

Ancak denetim özel yetenek ve görüş isteyen bir iştir. Ebeyi denetleyen kişinin ebenin konusunu iyi bilmesi, hattâ ondan daha iyi bilmesi beklenir. Denetimin bugünkü sağlık hizmetlerimiz içinde bir boşluk olduğu söylenebilir. Çünkü denetleme görevi alacak personel, denetimin taşıdığı anlamı ve önemi bilmemekte ve bir kısmı da kendisini yeterli görmediği için buna cesaret dahi edememektedir.

Sonuç olarak konumuz olan personelin sorununa tanı koymak gerekir se, denilebilir ki, bu personel ileride üstlenecekleri hizmete uygun biçimde yetiştirilmemektedir.

Yardımcı sağlık personelimiz hizmetlerinin arzu edilen düzeyde olmasının ve aksammasının en önemli nedenlerinden biri budur. Bu tıpkı 2 aylık bir bebeğe yağlı yemekler yedirildiğinde bebeğin kusmasına benzer. Çünkü bebek henüz bu yemeğe hazır değildir. Tıpkı ebelerin hizmetlerine hazır olmamaları gibi.

Bütün bu anlatılanların ışığı altında sorunun, çareleri neler olmalıdır? Bunları özetle sıralayalım:

1. Sağlık hizmetlerinde görev alan yardımcı sağlık personelinin hizmetleri ve bunlardan beklenen işler kesinlikle ve etraflıca belirlenmelidir.

2. Hizmet gören bu personelin hizmetlerinde aksayan yönler fonksiyonel analiz ve diğer araştırma yöntemleri ile incelenmelidir.

3. Yukarıda belirtilen iki madde nin ışığı altında, yardımcı sağlık personelinin yetiştiren okulların, ders programları, yeniden gözden geçirilmeli ve bu program toplum hekimliği görüşü-

ne göre ele alınmalıdır. Diğer bir de-ğişle bu okullardaki, eğitim hizmete yönelik olmalıdır.

4. Okullarda pratik uygulamalar hastaneler yerine sahada, yaptırılmalıdır. Bunun için de her okula bağlı eğitim sahaları kurulmalıdır.

5. Sağlık okulları öğretmen açıkları giderilmeli, vasıflı öğretmen yetiştirilmelidir.

6. Mezun olan yardımcı sağlık personeli göreve başlamadan önce bir alıştırmaya (adaptasyon) döneminden geçirilmelidir.

7. Okullarda hissedilen kitap açıkları giderilmelidir.

8. Yardımcı sağlık personeli için hizmet sırasında karşılaşılabilecekleri sorunları içeren ve bu sorunları cevaplayan rehber kitapçıklar hazırlanmalıdır.

9. Hizmet içi eğitime ve denetlemeye özellikle önem verilmelidir. Yardımcı sağlık personelinin denetleyecek kişilere bu yönde bilgi verilmelidir.

10. Personele zaman zaman bilgi tazeleyici kurslar açılmalıdır.

Polonya'da Sağlık Hizmetleri

Derleyen : Dr. Mehmet TUNCA

1970 nüfus sayımına göre Polonya'nın nüfusu 32,6 milyondur. Nüfus tahminleri ve diğer bazı hayati istatistikler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir

	1969	1972
Ortalama nüfus	32,6 milyon	33,1 milyon
Doğum hızı (1000'de)	16,3	17,4
Ölüm hızı (1000'de)	8,1	8,0
Doğal artış (%)	0,82	0,94
Bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda)	34,3	28,5
Anne ölüm hızı (" " ")	0,33	0,18

1972 yılında ölüme neden olan hastalıklardan ilk beş sırayı kalb hastalıkları, malign neoplazmalar, semptomlar ve yetersiz tanımlanan durumlar, kazalar (yaklaşık % 25'i trafik kazaları), ve serebrovasküler hastalıklar almıştır. Aynı yıl rastlanan bulaşıcı hastalıklardan en sık görülen 5 tanesi şöyle sıralanıyordu:

1. İnfluenza, 2. Kızamık, 3. İnfeksiyöz hepatit, 4. Kızıl, 5. Dizanteri (bütün tipleri)

Halk Sağlığı Hizmetlerinin Örgütlenmesi :

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde en yüksek otoritedir. Bölgelerde ise otorite voivod halk konseylerindedir. Tıp akademileri ve tıbbi araştırma enstitüleri doğrudan Sağlık Bakanlığına bağlıdır.

Voivod'un alt birimlerinin her birinde 1 hastane, hastaneye bağlı poliklinikleri, acil servis istasyonları, epidemiyoloji istasyonu, köy sağlık merkezleri, kreşler ve eczaneler bulunur. Bu kurumların üstünde voivod'un genel ve uzmanlaşmış hastaneleri, acil servis merkezleri, sanatoryumlar v.b. vardır. Voivod'lararası düzeyde ise tıp akademilerine bağlı klinik hastaneler, araştırma enstitüleri, belirli psikiatri hastaneleri ve sanatoryum grupları bulunur. Bunların dışında fabrika, okul gibi yerlerde

özel sağlık kurumları vardır. 1972 yılından itibaren voivod alt birimlerindeki hizmetler entegre edilerek daha verimli çalışmaları sağlanmıştır.

Hastane Hizmetleri

1971 yılında Polonya'da 1467 hastane vardı, bunlardan 1427'si hükümet tarafından yürütülmekteydi. Hasta yatağı/nüfus oranı 7,7/1000'di. (Aynı yıl Türkiye'de bu oran 2,2/1000 di.) Hastanelerin büyük bir kısmını ortalama 280 yataklı genel hastaneler ile ortalama 10—12 yataklı köy doğumevleri, revirler v.b. teşkil ediyordu. Ülkede ayrıca onkoloji, oftalmoloji, genel cerrahi gibi uzmanlaşmış dallarda hizmet gören hastaneler bulunmaktadır.

Sağlık Personeli ve Eğitimleri

Polonya'da doktor/nüfus oranı 1/640'dır. Doktorların % 96'sı devlet memuru olarak çalışmaktadırlar. Ülkedeki hemşire sayısı doktorların 2 misli kadardır. Tıp eğitimi liseden sonra 6 yıldır, 10 tane tıp fakültesi vardır. 1972 yılında tıp fakülteleri toplam olarak 2.290 mezun vermiştir. (Türkiye'de aynı yıl 765 mezun verilmiştir.)

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü ve Aşılama Hizmetleri

Tifo, trahom, difteri ve boğmaca eradike edilmiş, tüberküloz insidansı 1960—1971 arasında yarı yarıya azaltılmıştır. Kızıl ve infeksiyöz hepatit önemlerini korumaya devam etmişlerdir. Zührevi hastalıklardan sifiliz önemli ölçüde azalırken gonoredeki başarı daha zayıf olmuştur. Yaygın aşı kampanyaları sonucu poliomyelitis ender bir hastalık haline gelmiştir, kızamık da aynı yöntemlerle her geçen sene daha az görülmeye başlamıştır.

Kronik ve Dejeneratif Hastalıklar

Dü aşı sistemi hastalıkları sosyal bir sorun olmaktadır. Hastanelerde koroner yoğun bakım üniteleri kurulmakta ve kitle taramalarıyla erken tanı olanakları aranmaktadır. Kanseri vakaları sayıca artmaktadır, mental bozuklukların insidansında da artış vardır. Sağlık örgütlerinin önemli sorunları arasında alkolizm ve kazaların önlenmesi ve tedavileri de bulunmaktadır.

Ana—çocuk Sağlığı

Annelere ilk doğumda 16 hafta, daha sonraki doğumlarda 18 hafta ücretli izin verilmektedir. Şehirlerdeki gebe ve çocuklar polikliniklerde, kırsal bölgelerde ise sağlık merkezlerinde izlenmektedir. 1972 yılındaki doğumların % 99,9'u doktor veya diplomalı ebeler tarafından yaptırılmıştır.

Çevre Sağlığı

Şehirlerde evlerin % 74,3'ü su şebekesine bağlıdır ve % 62,6'sı kanalizasyona

sahiptir. Kırsal bölgelerde bu oranlar önemli derecede düşmektedir: su şebekesi % 11, kanalizasyon ise % 2 oranında bulunmaktadır. (Nüfusun % 60'ı şehirlerde, % 40'ı kırsal bölgelerde yaşamaktadır.)

Tıbbî ve Halk Sağlığı Araştırmaları

Polonya'da 26 adet araştırma enstitüsü vardır, buralarda toplam olarak 40,000 kişi çalışmaktadır. Uzun vadeli araştırma planları Polonya Bilimler Akademisi tarafından hazırlanmakta, tıbbî konulardaki özel yönetimler ise Sağlık Bakanlığı tarafından kararlaştırılmaktadır. Tıp akademilerinin her biri 2—3 voivod'u içine alacak şekilde halk sağlığı örgütleri ile işbirliği yapmakta ve böylece araştırma konuları ile pratik gereksinimelerin kopukluğu önlenmektedir.

2. Dünya Savaşı'nın en fazla tahribata yol açtığı ülkelerden biri olmasına rağmen Po'onya'da sağlık hizmetlerinin bugün ulaştığı düzey ortadadır. Yazının sonunda bir rakkam daha verelim: Polonya'da 1972 yılında kişi başına düşen devlet harcaması 632 TL iken aynı yıl bu sayı Türkiye'de sadece 115 TL idi.

NOT : Bu yazıdaki bilgiler Dünya Sağlık Teşkilâtı'nın «Fifth Report on the World Health Situation 1969—1972» adlı yayınından derlenmiştir.

